

Universidade de Lisboa

Instituto de Geografia e Ordenamento do Território



**PLANEAR CIDADES SAUDÁVEIS NO QUADRO DAS POLÍTICAS
URBANAS – UMA LEITURA A PARTIR DE FARO**

Ricardo Amaro Pinheiro Soares

Relatório de estágio

Mestrado em Gestão do Território e Urbanismo

2015

(Página propositadamente em branco)

Universidade de Lisboa

Instituto de Geografia e Ordenamento do Território



**PLANEAR CIDADES SAUDÁVEIS NO QUADRO DAS POLÍTICAS
URBANAS – UMA LEITURA A PARTIR DE FARO**

Ricardo Amaro Pinheiro Soares

Relatório de estágio orientado pela Prof.^a Doutora Eduarda Marques da
Costa e com a orientação de estágio pelo Doutor António Ramos

Mestrado em Gestão do Território e Urbanismo

2015

(Página propositadamente em branco)

Dedico a conquista desta etapa,

A Atailda Amaro Soares.

«Avó, certamente que estarás orgulhosa por mim. Continua a olhar por nós».

Eterna Saudade.

Agradecimentos

Pela orientação dedicada, deixo um agradecimento especial à professora Eduarda Marques da Costa, que ao longo deste percurso, acreditou em mim e tornou possível a concretização desta etapa. Não foi um período fácil para mim mas a professora Eduarda conseguiu encaminhar-me no sentido certo, no fio condutor para alcançar os objetivos propostos. Muito obrigado.

Pela orientação prestada no local de estágio, agradeço ao Dr. António Ramos pela disponibilidade demonstrada e pela receção na Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve. E a todos o elementos da comissão que partilharam comigo os seus conhecimentos.

Pelo companheirismo prestado e pelos bons momentos que me proporcionaram, deixo um agradecimento aos meus colegas de mestrado e desejo-lhes muita sorte.

Pelo apoio incondicional, quero agradecer à minha família e amigos que nunca me abandonam, lutam ao meu lado, sofrem ao meu lado, não há palavras. Faço questão de deixar registado, mesmo não sendo a homenagem nem de perto suficiente para enaltecer todo o apoio, um agradecimento muito especial a: Carlos Soares, Cristina Soares, Jessica Soares, Carlos Pinheiro, Graziela Amaro, Joaquim Rodrigues, Eunice Gomes, Sónia Rodrigues, Ricardo Santos, André Correia, Sandra Correia, Luís Baptista e Ana Ester Solá.

Resumo

Esta investigação intitula-se *Planear Cidades Saudáveis no quadro das Políticas Urbanas – uma leitura a partir de Faro*. As temáticas em estudo foram as cidades saudáveis e a possibilidade da sua integração nas políticas de desenvolvimento e coesão. Procurou-se assim, compreender a possível relação entre o quotidiano das famílias e uma estratégia de intervenção promotora de um desenvolvimento urbano mais saudável.

Através do estudo da Cidade de Faro pretendeu-se verificar alguns aspetos como a mobilidade das famílias, o usufruto dos espaços públicos e o acesso a equipamentos de saúde. Para essa finalidade e de forma a atribuir resposta às questões de investigação, foi aplicado um inquérito aos residentes no Município de Faro que permitiu avaliar as suas práticas e relacioná-las com a oferta de espaços públicos e de equipamentos.

Foi realizado durante a investigação um estágio na Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (CCDRA) que possibilitou o estudo da estratégia regional para 2014-2020, e mais em detalhe a sua componente urbana. A investigação concluiu com a elaboração de medidas de atuação futura para avigorar a componente saudável de atuação na Cidade de Faro.

Através desta investigação, foi possível verificar que o Projeto Cidade Saudável converge com as linhas estratégicas da região para o período 2014-2020 e assume-se deste modo como uma iniciativa de futuro para qualquer um dos municípios da Região do Algarve que assuma como foco a saúde da sua população.

Palavras-chave: Cidades Saudáveis, Promoção da Saúde, Determinantes da Saúde, Política Regional e Europa 2020.

Abstract

This research is entitled *Plan Healthy Cities in the context of urban policies - a reading from Faro*. The thematic in the study were healthy cities and the possibility of their integration in development and cohesion policies. We tried to, understand the possible relationship between the daily lives of families and a promoting intervention strategy for a healthier urban development.

Through the study of the city of Faro it was intend to check some aspects such as the mobility of families, the enjoyment of public spaces and access to health services. For that purpose and in order to assign answers to investigation questions, it was applied a survey of the residents in the municipality of Faro which allowed an evaluation their practices and relate them with the provision of public spaces and equipment.

Was carried out during the investigation a traineeship in the Commission for Coordination and Regional Development of the Algarve (CCDRA) which allowed the study of the regional strategy for 2014-2020, and more in detail its urban component. The investigation concluded with the development of future actions of measures to invigorate healthy component activity in the City of Faro.

Across this investigation, it was observed that the Healthy City Project converges with the strategic lines of the region for the period 2014-2020 and assumes itself in this way as a future initiative to any of the municipalities of the Algarve Region who assumes focused on health of their population.

Keywords: Healthy Cities, Health Promotion, Determinants of Health, Regional Policy and Europe 2020.

Índice de conteúdos

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice de conteúdos	v
Índice de tabelas	vii
Índice de figuras	viii
Índice de sigles e acrónimos	xi
Introdução	1
Parte 1	5
Capítulo 1. Cidade saudável – das origens do conceito às estratégias de intervenção	7
1.1. O conceito de cidade saudável	7
1.2. Historial dos movimentos mundial e europeu	17
1.3. Projetos de Cidades Saudáveis	22
1.4. A Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis	27
Capítulo 2. A importância da saúde no quadro das políticas de desenvolvimento e coesão	33
2.1. Políticas de coesão e saúde	33
2.2. As abordagens específicas para a saúde	40
2.2.1. Abordagem estratégica para a União Europeia 2008-2013: juntos pela saúde	40
2.2.2. Programa de ação plurianual no domínio da saúde 2014-2020	41
2.3. A Estratégia de Desenvolvimento do Algarve 2014-2020 – encontrar as dimensões da saúde e da vida saudável	43
Parte 2	49
Capítulo 3. Caracterização da Cidade de Faro	51
3.1. Metodologia utilizada	51
3.2. O Município de Faro na Região do Algarve – uma breve caracterização	54
3.2.1. População e estrutura demográfica	54
3.2.2. Equipamentos e serviços	58
3.2.3. Mobilidade e centralidades quotidianas	61
3.2.4. Habitação	64

3.3. Os quotidianos dos residentes e o seu padrão de procura de espaços públicos e equipamentos de lazer -----	65
3.3.1. Caracterização dos agregados familiares da amostra -----	65
3.3.2. Mobilidade laboral-escolar do agregado familiar -----	71
3.3.3. Espaços públicos e equipamentos -----	76
3.3.4. Saúde-----	87
3.3.5. Lazer e exercício físico -----	89
Capítulo 4. Conclusões e linhas futuras de atuação -----	97
Referências bibliográficas -----	1003
Anexos-----	109
Anexo I – Guião de entrevista realizada à coordenação técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis -----	111
Anexo II – Transcrição da entrevista realizada à coordenação técnica da Rede portuguesa de Municípios Saudáveis-----	115
Anexo III – Inquérito aos residentes do Município de Faro – 2014/2015-----	131

Índice de tabelas

Tabela 1 – Comparação dos princípios das cidades saudáveis-----	9
Tabela 2 – A cronologia e os objetivos das fases da Rede Europeia de Cidades Saudáveis -----	21
Tabela 3 – Relação dos objetivos do Programa Operacional Regional do Algarve 2020 com os princípios das cidades saudáveis -----	47
Tabela 4 – Estrutura do inquérito aos residentes do Município de Faro – 2014/2015 -----	52
Tabela 5 – Divisão administrativa da Região do Algarve-----	54
Tabela 6 – Evolução da população no período 2001-2012 -----	54
Tabela 7 – População residente nos grandes grupos etários em percentagem – 2012-----	55
Tabela 8 – Índices de envelhecimento e de longevidade por município – 2012-----	57
Tabela 9 – Taxas de natalidade e de mortalidade – 2012 -----	58
Tabela 10 – Taxa bruta de escolarização por ensino – 2011/2012-----	61

Índice de figuras

Figura 1 – Determinantes da saúde-----	12
Figura 2 – Iniciativas em ambientes saudáveis-----	18
Figura 3 – As três fases de desenvolvimento de um Projeto Cidades Saudáveis---	25
Figura 4 – Esquema da organização da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis -----	28
Figura 5 – Ciclo de programação da Política de Coesão -----	35
Figura 6 – Mapa ilustrativo dos locais onde foram aplicados os inquéritos -----	52
Figura 7 – Densidade populacional – 2012 -----	56
Figura 8 – Número de médicos por mil habitantes -----	58
Figura 9 – Taxa de analfabetismo na Região do Algarve – 2011 -----	60
Figura 10 – Percentagem de população que entra por município – 2011-----	62
Figura 11 - Percentagem de população que sai por município – 2011 -----	62
Figura 12 – Movimentos pendulares/interações regionais -----	63
Figura 13 – Tempo médio por deslocações – 2011 -----	63
Figura 14 – Índice de envelhecimento dos edifícios – 2011 -----	64
Figura 15 – Percentagem de edifícios muito degradados – 2011 -----	65
Figura 16 – Classes etárias dos indivíduos da amostra -----	66
Figura 17 – População por classes etárias e por sexo -----	67
Figura 18 – Grau de parentesco dos indivíduos inquiridos indiretamente (não inclui os inquiridos diretos)-----	67
Figura 19 – Grau de instrução dos indivíduos da amostra -----	68
Figura 20 – Situação socioprofissional da população em estudo -----	69
Figura 21 – Situação profissional da população em estudo-----	69
Figura 22 – Grau de instrução segundo a situação profissional da população em estudo-----	70
Figura 23 – Profissão principal da população em estudo -----	71
Figura 24 – Local de trabalho ou estudo da população estudo -----	72
Figura 25 – Modo de deslocação da população em estudo-----	72
Figura 26 – Hora inicial de saída para o trabalho ou estudo-----	73

Figura 27 – Hora final de regresso do trabalho ou estudo-----	74
Figura 28 – Tempo de deslocação de manhã da população em estudo-----	74
Figura 29 – Tempo de deslocação de tarde da população em estudo-----	75
Figura 30 – Principal motivo da não utilização de transportes públicos pelos inquiridos-----	76
Figura 31 – Frequência de espaços públicos do Município de Faro pelos inquiridos-----	77
Figura 32 – Seleção dos espaços públicos do Município de Faro pelos inquiridos – total -----	78
Figura 33 – Seleção dos espaços públicos do Município de Faro pelos inquiridos por categorias -----	79
Figura 34 – Qualificação do espaço público preferido dos inquiridos -----	80
Figura 35 – Aspetos negativos do Município de Faro citados pelos inquiridos (no mínimo três respostas) – total-----	82
Figura 36 – Aspetos negativos do Município de Faro citados pelos inquiridos por classes etárias -----	83
Figura 37 – Aspetos positivos do Município de Faro citados pelos inquiridos (no mínimo três respostas) – total-----	84
Figura 38 – Aspetos positivos do Município de Faro citados pelos inquiridos por classes etárias -----	85
Figura 39 – Classificação do grau de intervenção do Município de Faro na qualificação dos espaços verdes em percentagem -----	86
Figura 40 – Utilização de meio de transporte para deslocações aos serviços de saúde do Município de Faro por parte dos inquiridos em percentagem-----	87
Figura 41 – Modo de transporte para deslocações aos serviços de saúde do Município de Faro por parte dos inquiridos-----	88
Figura 42 – Motivo pelo qual os inquiridos não utilizam os transportes públicos para deslocações aos serviços de saúde do Município de Faro -----	89
Figura 43 – Atividades de tempos livres da população em estudo -----	90
Figura 44 – Atividades de tempos livres da população em estudo por classes etárias -----	91
Figura 45 – Prática de exercício físico por parte da população-----	91
Figura 46 – Prática de exercício físico por parte da população por classes etárias	92

Figura 47 – Exercícios praticados pela população em estudo – total -----	92
Figura 48 – Exercícios praticados pela população em estudo por sexo -----	93
Figura 49 – Horário ideal para a prática de exercício físico por parte dos inquiridos por situação socioprofissional -----	94
Figura 50 – Horário ideal para a prática de exercício físico por parte dos inquiridos -----	94
Figura 51 – Motivo pelo qual os inquiridos não praticam exercício físico por situação socioprofissional -----	95
Figura 52 – Motivo pelo qual os inquiridos não praticam exercício físico -----	95

Índice de siglas e acrónimos

CCDRA – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve

CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

CMF – Câmara Municipal de Faro

CRESC – Competitividade, Resiliência, Empreendedorismo, Sustentabilidade e Conhecimento

EDA – Estratégia de Desenvolvimento do Algarve

IDT – Investigação e desenvolvimento tecnológico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Política de coesão

PORA – Programa Operacional Regional do Algarve

RECS – Rede Europeia de Cidades Saudáveis

RIS3 Regional – Estratégia Regional de Investigação e Inovação para a Especialização Inteligente

RPMS – Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

SWOT – Strengths, weaknesses, opportunities and threats

UE – União Europeia

(Página propositadamente em branco)

Introdução

O tema em estudo evoca a saúde como uma prioridade em todas as políticas, nomeadamente as políticas de cidades. Sendo a saúde um tema transversal, as medidas não poderão ser exclusivas para a melhoria efetiva dos cuidados de saúde, mas devem incluir a promoção da saúde como fator de equidade territorial. Será necessário implementar políticas nas mais diversas áreas que, indiretamente, beneficiem e aperfeiçoem a saúde das populações, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das populações, bem como para o processo de desenvolvimento territorial.

As temáticas em foco nesta investigação foram, as cidades saudáveis e as políticas de desenvolvimento e coesão, procurando compreender qual a ligação entre o quadro quotidiano das famílias e uma estratégia de intervenção promotora de um desenvolvimento urbano mais saudável. Neste âmbito, foi realizado um estágio na Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (CCDRA) com a coordenação do Dr. António Ramos, no período de 01 de Julho de 2013 a 31 de Janeiro de 2014. Teve como propósito analisar a Estratégia de Desenvolvimento do Algarve no quadro do CRESC 2020, no sentido de reforçar a componente saudável de atuação nas cidades da região. A investigação concluiu, através dos resultados obtidos e das conclusões alcançadas no estágio, com a elaboração de medidas de atuação futura na Cidade de Faro.

No âmbito das cidades saudáveis, o conceito é definido como aquela que está continuamente a criar e melhorar os seus ambientes físicos e sociais, distribuindo os seus recursos pela população para que esta tenha acesso a todos os bens e serviços no seu potencial máximo (Semenza, 2005). Este conceito surge do seio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem vindo a ser desenvolvido até aos dias de hoje. Os autores que mais debateram esta temática foram, Trevor Hancock nos anos de 1988 e 1997, Leonard Duhl em 1988, Agis Tsouros no ano 2000, Takehito Takano em 2003, Jan Semenza no ano de 2005 e o Roderick Lawrence, também em 2005 (Hancock, 1988, 1997; Duhl, 1988; Tsouros, 2000; Takano, 2003; Semenza, 2005; Lawrence, 2005).

A análise da cidade saudável compreende a análise das várias dimensões físico-morfológicas, económicas e sociais dos territórios e das populações, procurando conhecer as suas relações. Uma das dimensões mais atuais é a que se prende com a promoção da vida saudável, que pode ser comandada pela decisão das famílias e dos indivíduos em desenvolverem práticas desportivas, de lazer e alimentares corretas, decisões que podem ser complementadas pela implementação de políticas urbanas nas áreas da mobilidade sustentável, na qualificação dos espaços públicos e na dotação de equipamentos e infraestruturas com vista a promoção de um modelo de desenvolvimento urbano saudável. O presente trabalho, procura verificar alguns desses aspetos, tais como a questão da mobilidade das famílias, o usufruto dos espaços públicos e o acesso a equipamentos de saúde, tomando como base de trabalho, o município de Faro.

Neste contexto, a questão de partida deste trabalho consiste em verificar se as intervenções de política no espaço público e nos equipamentos da cidade de Faro contribuem para a construção de uma cidade saudável.

Outras questões paralelas se desenvolvem no sentido de responder à questão principal:

- Em que consiste o conceito de cidade saudável;
- Quais os benefícios de pertencer à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis;
- Qual a influência da estratégia de desenvolvimento para o Algarve no período 2014-2020 no desenvolvimento das cidades da região.

Para responder às questões anteriores, desenharam-se os seguintes objetivos de investigação:

- Discutir o conceito cidade saudável, elencando os seus princípios e critérios para a sua análise;
- Compreender a estratégia de desenvolvimento para o Algarve no período 2014-2020, no sentido de identificar como esta pode promover a construção de cidades saudáveis;
- Conhecer a realidade da cidade de Faro, no que diz respeito a alguns domínios como população e habitação, práticas das famílias, uso do espaço público e de equipamentos;

- Considerando o caso de estudo de Faro, propor atuação futura com base nos critérios das cidades saudáveis.

Deste modo, no desenvolvimento da investigação, procurar-se-á integrar a perspetiva de desenvolvimento de cidades saudáveis na visão estratégica subjacente às orientações comunitárias para o sistema urbano entre 2014 e 2020.

O presente relatório de estágio foi dividido em duas partes, sendo a primeira mais teórica, incluindo a revisão bibliográfica e a referência ao quadro de políticas europeias que enquadram a temática da saúde e do desenvolvimento urbano, e a segunda parte, exclusivamente dedicada ao estudo de caso.

A primeira parte, inclui os capítulos 1 e 2. O Capítulo 1, intitula-se «Cidade Saudável, das origens do conceito às estratégias de intervenção». Aqui será apresentada uma reflexão sobre a definição do conceito de cidade saudável, o historial dos movimentos do conceito, a origem do Projeto Cidades Saudáveis e termina-se com a apresentação da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (sendo essencial a entrevista realizada à coordenação técnica da rede, ver Anexo I e II). Para a revisão bibliográfica será efetuada uma análise documental sobre o tema.

O Capítulo 2, diz respeito à importância da saúde no quadro das políticas de desenvolvimento, e nele serão descritos o intuito e os objetivos da estratégia Europa 2020, bem como as orientações ligadas à saúde para os períodos 2008-2013 e 2014-2020. Ao nível regional (Região do Algarve) serão abordadas as políticas regionais implementadas no período de 2007-2013 e a implementar entre 2014-2020, procurando identificar a componente da saúde.

A segunda parte do relatório diz respeito ao estudo de caso, onde constam dois capítulos principais. O capítulo 3 é referente à caracterização da Cidade de Faro, sendo os cidadãos Farenses os protagonistas. Aqui serão apresentados os seguintes subcapítulos: população e estrutura demográfica; equipamentos e serviços; mobilidade e centralidades quotidianas; habitação; e, por último, os resultados de um inquérito aos residentes no Município de Faro que permitirá avaliar as suas práticas quotidianas e a sua relação com a oferta de espaço público e de equipamentos.

Foram consideradas fonte de dados, os documentos Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Algarve, edição 2011, e o Anuário Estatístico da Região Algarve, edição 2012, elaborados e disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Os dados disponíveis que mais se aproximam à realidade da Cidade de Faro encontram-se à escala do município.

Por último, o capítulo 4 apresenta as conclusões e linhas futuras de atuação no âmbito das cidades saudáveis que possam ser proporcionadas pela implementação da Estratégia Regional.

O método de investigação desenvolvido neste relatório foi o método combinado. Serão combinados métodos quantitativos e métodos qualitativos. Para tal, paralelamente à recolha de informação estatística sobre os concelhos e ao inquérito realizado à população de Faro, avança-se sobre a recolha e análise bibliográfica relacionada com o conceito de cidade saudável, dando aqui particular atenção, às dimensões do conceito e aos vários indicadores que são considerados em estudos para a sua análise.

Parte 1.

(Página propositadamente em branco)

Capítulo 1. Cidade Saudável – das origens do conceito às estratégias de intervenção

1.1. O conceito de cidade Saudável

No ano de 1988, surge a primeira grande definição do conceito de cidade saudável que ainda nos dias de hoje se assume como a colossal referência na definição do conceito. Segundo Lawrence (2005), citando Hancock e Duhl, uma cidade saudável é:

(...) Aquela que está continuamente a criar e a melhorar esses ambientes físicos e sociais e expandindo os recursos da comunidade que permitem que as pessoas se apoiem mutuamente na realização de todas as funções da vida e no desenvolvimento do seu potencial máximo (p. 481).

Segundo Tsouros (2000), uma cidade saudável não é aquela que alcançou um nível de saúde específico mas, sim, uma cidade consciente do seu nível de saúde e que se esforça para melhorá-lo. Assim, qualquer cidade pode ser uma cidade saudável, independentemente do seu estado de saúde atual. O mesmo autor refere as onze qualidades que uma cidade saudável deve esforçar-se por proporcionar:

- Um ambiente físico de alta qualidade. Limpo e seguro (incluindo a qualidade da habitação);
- Um ecossistema que seja estável no presente e que se mantenha a longo prazo;
- Uma comunidade forte, com apoio mútuo e sem exploração;
- Um alto nível de participação e controle por parte do público sobre as decisões que afetam as suas vidas, saúde e bem-estar;
- A satisfação de necessidades básicas (para a alimentação, água, abrigo, rendimentos, segurança e trabalho) para todas as pessoas da cidade;
- Acesso a uma variedade maior de experiências e recursos, com a possibilidade de uma maior variedade de contactos, interações e comunicação;
- Uma economia municipal diversa, vital e inovadora;

- O encorajamento de conexões com o passado, com heranças culturais e biológicas dos habitantes da cidade e de outros grupos e indivíduos;
- Uma forma compatível e que aumente as características precedentes;
- Um nível ideal de saúde pública adequada e serviços de saúde acessíveis a todos;
- Um nível alto de saúde (níveis altos de saúde e níveis baixos de doença) (Tsouros, 1992, p.4).

Takano (2003) defende que as cidades saudáveis não se referem a cidades cujos moradores têm um alto nível de saúde, mas sim as cidades que introduziram o projeto de cidades saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS) nas suas políticas.

Takano (2003) refere ainda que,

(...) O princípio de Cidades Saudáveis está a ser desenvolvido como um pilar fundamental para o avanço da saúde geral dos residentes urbanos, principalmente a nível municipal, assegurando que os aspetos de saúde são incorporados em todas as políticas e obras da cidade, incluindo o desenvolvimento urbano, planeamento, administração e gestão - isto é, como uma estrutura municipal para apoiar a saúde dos residentes (p. 6).

As cidades saudáveis foram ainda descritas por este autor como uma estratégia científica apoiada em recolhas de dados, análise de causas, utilização de experiências anteriores e com mecanismos de feedback para o progresso contínuo (Takano, 2003).

Citando Semenza (2005), «(...) as cidades saudáveis são caracterizadas por um fluxo constante de intervenções que se esforçam por melhorar as condições sociais, ambientais, ocupacionais e económicas de seus residentes» (p. 459).

No mesmo âmbito, Lawrence (2005), refere que a saúde é determinada por processos de longo e curto prazo, implicando uma abordagem local e participativa na execução destes projetos.

Segundo Marques da Costa (2013), as cidades saudáveis têm como principais objetivos os seguintes aspetos:

- «A criação de um ambiente saudável;
- Atingir uma boa qualidade de vida;
- Assegurar as mínimas condições de higiene e sanitárias;
- Assegurar o acesso a cuidados de saúde» (p. 42).

Analisando todos os fatores referentes às cidades saudáveis depara-se que estas têm uma grande área de atuação, afetando vários domínios das cidades, tais como, saúde, educação, ação social, desporto, ambiente, cultura e urbanismo. Desta forma, é de extrema relevância identificar e compreender com exatidão, quais os fatores em que as cidades saudáveis atuam e a que níveis objetivam intervir com vista à sua melhoria constante, a fim de determinar quais os fatores que influenciam direta e indiretamente a saúde das cidades.

A partir dos critérios referidos anteriormente por Tsouros (2000), os fatores de influência direta na saúde são os que medem: a satisfação das necessidades básicas (alimentação, água e habitação); a existência de um nível ideal de saúde pública; a prestação de serviços de saúde acessíveis a todos e a disponibilidade de um ambiente físico limpo. Os fatores que afetam indiretamente a saúde, são: a existência de um ambiente físico seguro; a presença de um ecossistema e sistema urbano sustentável; o registo de um elevado nível de participação da comunidade representando uma comunidade forte; a satisfação de outras necessidades básicas (rendimentos, segurança e trabalho); a variedade de experiências e recursos existentes; a presença de economia municipal diversificada, vital e inovadora; a preservação e aproveitamento de heranças culturais e biológicas; um nível alto de educação; e de igualdade de oportunidades.

Comparando estes fatores com as condições e recursos fundamentais para a saúde da população, abordados em 1986 pela Carta de Otava para a Promoção de Saúde (OMS, 1986) obtém-se que (ver Tabela 1):

Tabela 1 - Comparação dos princípios das cidades saudáveis

(Fonte: adaptado de OMS, 1986; Tsouros, 1992)

Condições e recursos – Carta de Otava 1986	Princípios – Cidades Saudáveis (Tsouros, 1992)	Domínios
Abrigo	Necessidades básicas (alimentação, água, rendimentos, segurança e habitação)	Saúde e Ação Social
Alimento		
Rendimentos		
Paz		
Igualdade	Nível alto de saúde e serviços de saúde acessíveis a todos	Ambiente e Urbanismo
Ecossistema estável	Ecossistema e sistema urbano sustentável	
Manutenção de recursos	Ambiente físico limpo e seguro (incluindo a qualidade da habitação)	Participação
Justiça social	Elevado nível de participação	
	Comunidade forte, de apoio mútuo e sem exploração	Educação e Desporto
Educação	Acesso a uma variedade de experiências e recursos, com a possibilidade de uma maior variedade de contactos, interações e comunicação	
_____	Heranças culturais e biológicas	Cultura e Património
=====	Economia municipal diversificada, vital e inovadora	Economia

O projeto cidades saudáveis vai ao encontro dos novos desafios de urbanização e de sustentabilidade com o principal objetivo de garantir e promover a saúde das populações urbanas. Numa outra perspetiva, o processo de urbanização veio contribuir para o agravamento dos determinantes da saúde dos cidadãos (Takano, 2003).

Se por um lado, os aspetos positivos da urbanização foram os ganhos de capital, o desenvolvimento de infraestruturas, os estilos de vida sofisticados e uma economia local ativa, por outro lado, o processo de urbanização provoca novos problemas e desafios para a saúde e bem-estar dos cidadãos nos seguintes aspetos: segurança alimentar, habitação, emprego, meio ambiente, saúde das gerações futuras, criminalidade, tráfico sexual, consumo de drogas e vulnerabilidade a desastres naturais (Takano, 2003).

Na perspetiva de Whitehead (1992), estes elementos podem ser identificados em sete diferentes determinantes da saúde: 1 – variação biológica e natural; 2 – comportamentos prejudiciais à saúde se escolhidos livremente, como a participação em determinados desportos ou determinadas atividades de tempos livres; 3 – vantagem da saúde transitória de um grupo sobre outro, quando o mesmo é o primeiro a adotar um

comportamento de promoção da saúde, e desde que outros grupos tenham os meios para alcança-los muito em breve. Ainda, 4 – comportamentos prejudiciais à saúde, onde a liberdade de escolha é severamente restrita; 5 – exposição a condições de trabalho e vida stressante pouco saudáveis; 6 – acesso inadequado à saúde essencial e a outros serviços públicos; e por último, 7 – seleção natural ou a mobilidade social em saúde que envolvem a tendência para que as pessoas doentes diminuam a escala social.

Com base na perspetiva anterior, e de forma a facilitar a compreensão dos diversos determinantes da saúde, os mesmos podem ser classificados da seguinte forma, biológicos (idade, sexo, e/ou fatores genéticos), sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social), ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social), estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual), acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). Sendo que, os biológicos são fatores fixos sobre os quais temos pouco controlo (Dahlgren & Whitehead, 2007; George, 2011).

Todos estes determinantes contribuem transversalmente para a promoção de saúde. De acordo com Fabião e Calado (2011) o conceito de saúde,

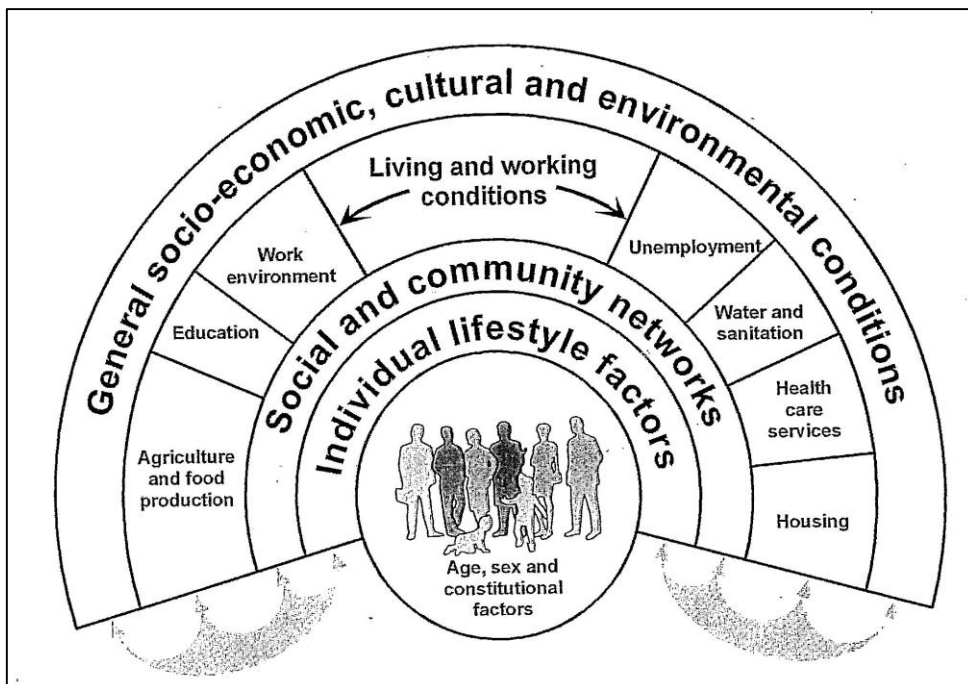
(...) é mais do que a ausência de doença ou enfermidade. Abrange, também, o desenvolvimento físico, mental, social e bem-estar das pessoas. Indissociavelmente ligado a este conceito é o entendimento de que em cada fase da vida, a saúde e bem-estar são afetados por interações complexas entre factores sociais e económicos, ambiente físico e comportamento individual, bem como factores hereditários (p. 27).

Assim, estes autores referem que todos os fatores presentes nas vidas dos indivíduos e das comunidades em geral, que influenciam o bem-estar, a saúde, os seus resultados e todos os aspetos que interfiram no nível de qualidade de vida das pessoas, determinam o nível de saúde, que como já foi referido, vai para além da inexistência de doença.

Os determinantes que revelam um grande impacto na saúde, como podemos verificar no «modelo em camadas» de Dahlgren e Whitehead (2007) presente na Figura 1, são os determinantes sociais.

Figura 1 – Determinantes da saúde

(Fonte: Dahlgren G. & Whitehead M. 1991, citado por Dahlgren & Whitehead, 2007)



Este modelo representa a distribuição dos determinantes sociais da saúde e permite compreender que existe uma relação direta entre a saúde das populações e as condições socioeconómicas, culturais e ambientais. Por exemplo, segundo este modelo, os indivíduos com menor nível de escolaridade ou com uma condição profissional de menor rendimento, tendem a ter um período de vida mais curto e com maior predomínio de várias doenças (Dahlgren & Whitehead, 2007; Fabião & Calado, 2011).

O modelo é constituído por quatro camadas, sendo que a primeira representa as características biológicas de cada indivíduo. No entanto, esta última, diz respeito a fatores pessoais e invariáveis sobre os quais se torna complexo intervir (Dahlgren & Whitehead, 2007; Fabião & Calado, 2011).

A segunda camada caracteriza-se pelos comportamentos e decisões particulares do indivíduo, tais como, os hábitos de consumo (alimentação, tabagismo), a prática ou inexistência de exercício físico diário, entre outros. A terceira camada refere-se ao apoio por parte da família, amigos, vizinhos e da comunidade local.

O modelo termina com a quarta camada que integra as condições socioeconómicas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem e trabalham, determinadas por diversos

fatores como habitação, educação, saúde, agricultura, ambiente de trabalho e o desemprego.

Estas quatro camadas traduzem-se em quatro níveis de intervenção em termos de objetivos de políticas.

O nível 1, visa os fatores relacionados com comportamento e estilo de vida do indivíduo, que podem implicar a presença de fatores de risco para a saúde como o tabagismo e o sedentarismo. Aqui, o foco de atenção é sobre os indivíduos que já possuem algum grau de escolha, apoiando grupos de pessoas com estilos de vida menos saudáveis (Dahlgren & Whitehead, 2007).

O nível 2, revela o efeito das interações que existem na sociedade e na comunidade através de redes comunitárias e de apoio, ligadas aos serviços sociais, de lazer e de segurança. Segundo Geib (2012) «essas redes expressam o nível de coesão social e constituem-se em elemento fundamental para a saúde da sociedade» (p. 125).

No nível 3, situam-se as condições de vida e ambiente de trabalho, educação, a quantidade e qualidade da produção agrícola e de alimentos, o desemprego, a água e sistema de saneamento, a existência e qualidade dos serviços sociais, de saúde e habitação. Este nível, refere todas as condições imprescindíveis à qualidade de vida de qualquer indivíduo, que segundo Geib (2012) «(...) colocam as pessoas em desvantagem social pelo maior grau de exposição ao desemprego, à alimentação inadequada, às habitações de má qualidade, ao menor acesso aos serviços públicos» (p. 125).

Neste âmbito, destaque-se a educação. Esta influencia consideravelmente o futuro do indivíduo relativamente à sua qualidade de vida, sendo «(...) um dos indicadores mais utilizados na associação do estatuto socioeconómico e doença» (Fabião & Calado, 2011, p. 27). O nível de escolaridade condiciona a empregabilidade, refletindo-se na produtividade do indivíduo e no nível dos seus rendimentos e, consequentemente, no seu bem-estar pessoal, autoestima e participação cívica. O nível de educação é um fator decisivo para a inclusão social (Fabião & Calado, 2011), sendo por isso um determinante de saúde de fundamental importância, para os mesmos autores, «as repercussões a nível social centram-se na participação democrática e no enriquecimento

cultural, sendo um elemento crucial para o desenvolvimento e um veículo para o acesso ao conhecimento» (Fabião & Calado, 2011, p. 27).

A declaração das Nações Unidas, que em 1990 foi aprovada por 189 países, desenvolveu uma abordagem a nível mundial para que, no ano de 2015, os objetivos delineados para o Desenvolvimento do Milénio fossem alcançados. Foram estabelecidos dois objetivos no âmbito da Educação e Formação:

- Alcançar a universalidade da educação, assegurando que, em 2015, as crianças de todo o mundo, independentemente do género, frequentem o ensino básico e que o maior número de jovens alcance o ensino superior, fazendo com que a literacia dos 15-24 anos se torne uma realidade.
- Promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres em todos os níveis de ensino, a literacia das mulheres dos 15-24 anos, o ingresso no mercado de trabalho para além do sector primário e a igualdade no acesso à governação (Fabião & Calado, 2011, p. 27-28).

Estes objetivos originam da necessidade da União Europeia (UE) de reduzir o abandono escolar precoce e aumentar a percentagem da população dos 30 aos 34 anos que tenha o ensino superior completo, no ano de 2020.

E por último, o nível 4 visa provocar mudanças estruturais de longo prazo, através das condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais, determinantes que têm influência sobre todos os outros, pois todos estes fatores determinam o padrão de vida do indivíduo e as respetivas consequências positivas ou negativas para a sua saúde (Dahlgren & Whitehead, 2007; Geib, 2012).

O «modelo em camadas» de Dahlgren e Whitehead representa assim, a influência de fatores que não se relacionam com o estado clínico da saúde dos indivíduos, mas sim maioritariamente com questões de cariz sociocultural e na promoção do nível de saúde da população (Fabião & Calado, 2011).

A OMS procura reunir um conjunto de políticas de intervenção para melhorar as condicionantes dos determinantes de saúde e assim, contribuir para uma melhoria e uma maior equidade em saúde. De acordo com a Comissão para os Determinantes Sociais da OMS (OMS, 2010), os determinantes sociais da saúde requerem uma visão holística

para a sua definição. Deste modo, os determinantes sociais da saúde são constituídos pelo conjunto dos determinantes estruturais e das condições de vida quotidiana.

Entende-se por determinantes estruturais: a suscetível saúde das pessoas com baixos rendimentos; a progressão social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países, que são provocadas pela distribuição desigual do poder, rendimentos, bens e serviços a nível nacional e global; e a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população, tais como, o acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, condições laborais e recreativas.

Os determinantes aqui referidos, sendo responsáveis por grande parte das desigualdades na saúde, merecem especial atenção e devem requerer ações que envolvam os governos, as comunidades locais, a sociedade civil, as empresas, os fóruns e os agentes internacionais. O Ministério da Saúde de cada país é responsável pela promoção de uma abordagem dos determinantes sociais da saúde aos mais elevados níveis, demonstrar eficiência através de boas práticas e apoiar a criação de políticas que promovam a igualdade na saúde (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [CDSS], 2010).

São recomendações gerais da CDSS (2010) os seguintes aspetos:

- «Melhorar as condições de vida quotidianas;
- Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos;
- Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da acção» (p.2).

Segundo a OMS (2006), a atuação ao nível dos determinantes da saúde é necessária e transversal em todos os domínios, tais como, económicos, sociais e ambientais. Parte integrante da resolução dos problemas em saúde passa por medidas que atenuem a pobreza, a nutrição desadequada, habitação precária e saneamento deficiente, aspetos particularmente evidente nas fases em desenvolvimento.

No caso da Europa, de forma a clarificar a importância da luta pela equidade na saúde, será fundamental estar ciente das disparidades existentes na saúde dos europeus. Nesta perspetiva, haverá dois aspetos a ter em conta. O primeiro aspeto, refere a existência de indícios que demonstram que os grupos mais desfavorecidos têm esperança média de vida inferior à restante média da população, significando que a probabilidade de morrer com menor idade do que os grupos socialmente mais favorecidos, é maior. Outra

disparidade que existe na equidade na saúde é a diferença da taxa de mortalidade entre populações urbanas e rurais, sendo muito superior nas populações rurais (Whitehead, 1992).

O segundo aspeto, menciona grandes diversidades na experiência do adoecimento, onde os grupos mais desfavorecidos além de sofrerem com o peso de doenças mais pesadas, também apresentam um maior número de doenças crónicas e de incapacidades nos mais jovens (Whitehead, 1992). As diferenças no acesso e qualidade dos serviços de saúde indicam que os indivíduos que mais precisam de cuidados médicos, incluindo cuidados preventivos, são os que menos usufruem de toda a variedade de serviços. Por fatores humanitários, e porque vivemos numa democracia, as políticas nacionais de saúde têm como público-alvo toda a população e, segundo a autora, o encargo mais pesado de problemas de saúde é realizado pelo setores mais vulneráveis da sociedade (Whitehead, 1992).

De acordo com Whitehead (1992), em muitas discussões sobre equidade, a confusão surge porque algumas pessoas abordam as desigualdades no nível e na qualidade da saúde de diferentes grupos da população, enquanto outras, referem-se às desigualdades na prestação e distribuição de serviços de saúde, sem fazer uma distinção entre os dois.

Para M. Ferreira¹ (2014), é necessário:

[Trabalhar] na promoção da saúde uma área para a qual não existe um investimento. A única coisa que existe é a vontade dos municípios de trabalhar em conjunto com as outras estruturas da comunidade, para desenvolverem projetos de promoção da saúde no território, para elevarem, de facto, os níveis de saúde e de qualidade de vida das populações.

A promoção da saúde e as suas medidas de intervenção têm como finalidade a mudança de comportamentos da população no seu dia-a-dia. Os benefícios só se revelam significativos quando medidos no final de um longo período de intervenção.

¹ Entrevista realizada, no dia 26 de Junho de 2014, a Mírieme Ferreira. Socióloga e Mestre em Saúde Pública, encarrega-se da coordenação técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.

1.2. Historial dos movimentos mundial e europeu

Em 1980, na localidade de Genebra, a temática da saúde começou a ser debatida na «Estratégia Global de Saúde para Todos para o Ano 2000» (Global Strategy for Health for All by the Year 2000). Os temas de trabalho abordados neste encontro foram: saúde mundial, problemas socioeconómicos relacionados e tendências; política de saúde e política socioeconómica relacionada; desenvolvimento de sistemas de saúde; promoção e apoio ao desenvolvimento dos sistemas de saúde; gerar e mobilizar recursos; cooperação internacional; monitorizar e avaliar; e ainda o papel da Organização Mundial de Saúde.

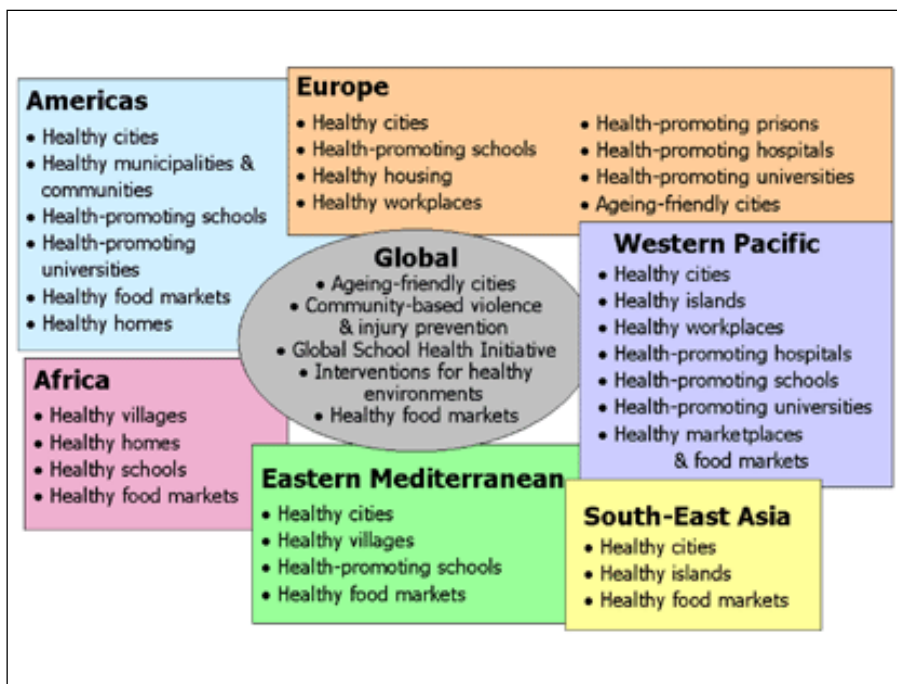
Através desta estratégia surgiu a necessidade de definir o significado de «Saúde para Todos» que, em consonância com os objetivos da Organização Mundial de Saúde, visa atingir níveis altos de saúde pública, onde todas as pessoas usufruam de acesso aos cuidados de saúde primários e que as mesmas trabalhem de forma produtiva e participem ativamente na vida social da sociedade, num sistema de saúde abrangente (OMS, 1981).

Em 1986, ocorreu a primeira conferência internacional sobre Promoção de Saúde, em Otava, onde se estabeleceu a Carta de Otava para a Promoção de Saúde (Ottawa Charter for Health Promotion). Os temas de trabalho abordados nesta conferência foram: promover a saúde; definir pré-requisitos para a saúde; construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes de apoio; reforçar a ação comunitária; desenvolver habilidades pessoais; reorientar os serviços de saúde; estabelecer um compromisso com a promoção de saúde; e encontrar um apelo à ação internacional (OMS, 1986).

Nesta conferência, a saúde, é descrita como um recurso para a vida e não o objetivo de vida, e a promoção de saúde é abordada não apenas pela responsabilidade do sistema de saúde, mas também por estilos de vida saudável dos indivíduos e o seu contributo para o bem-estar. Foram ainda sugeridas as condições e recursos fundamentais para a saúde da população, mencionadas anteriormente neste trabalho, e que são as seguintes: paz, abrigo, educação, alimento, rendimentos, ecossistema estável, manutenção de recursos, justiça social e igualdade (OMS, 1986).

Os ambientes saudáveis podem ser desenvolvidos através de várias iniciativas, como por exemplo, os planos ou programas para cidades saudáveis, vilas saudáveis, comunidades e municípios saudáveis, escolas saudáveis, casas saudáveis, ilhas saudáveis, entre outras (ver Figura 2). De todas estas iniciativas a cidade saudável foi a que obteve maior sucesso na sua execução e é considerada atualmente como um exemplo a seguir (OMS, n.d.a.).

Figura 2 – Iniciativas em ambientes saudáveis
(Fonte: OMS, n.d.a)



Assim, o movimento cidades saudáveis inicialmente foi suportado por projetos de cidades saudáveis com o objetivo de promoção de saúde e de novas estratégias de saúde pública. Inspirados no encontro de Toronto em 1986, ocorreu pela primeira vez uma reunião do grupo de planeamento do projeto em Copenhaga. Realizou-se também na cidade de Lisboa, o primeiro Simpósio Anual de Cidades Saudáveis com a participação de 21 cidades europeias (Tsouros, 2000).

Ano após ano, os Simpósios Anuais de Cidades Saudáveis foram sendo realizados e com eles surgiram mais e mais participantes interessados no projeto. Os projetos começavam a ganhar peso e credibilidade e, em 1988, ocorrem duas grandes conferências internacionais e a primeira reunião dos coordenadores das cidades

saudáveis. Daí, originaram-se onze novos projetos de cidades saudáveis em onze novas cidades europeias (Tsouros, 2000).

Ainda em 1986, surge a primeira edição do «Glossário Promoção de Saúde» (OMS, 1998). Neste documento são reunidos os termos mais importantes na temática da promoção de saúde. O documento divide-se por secção 1, com a lista dos termos base, e a secção 2, com a lista extensa de outros termos relevantes da temática.

Na secção 1 encontram-se os termos: saúde; promoção de saúde; saúde para todos; saúde pública; cuidados de saúde primários; prevenção de doenças; e educação em saúde. Na extensa lista da secção 2 encontram-se termos, como por exemplo, advocacia para a saúde, comunidade, equidade na saúde, indicador de saúde, política de saúde, cidades saudáveis, rede, qualidade de vida, desenvolvimento sustentável, entre outros (OMS, 1998).

O termo «promoção de saúde» abordado anteriormente representa,

(...) um processo social e político abrangente, que engloba não só ações voltadas a reforçar as competências e capacidades dos indivíduos, mas também ações voltadas para mudanças das condições sociais, ambientais e económicas, de modo a aliviar o impacto na saúde pública e individual (OMS, 1998, p. 1).

O movimento cidades saudáveis é assim um movimento onde a equidade na saúde é fundamental. Segundo OMS (1998), a equidade na saúde «implica que todas as pessoas tenham a mesma oportunidade de desenvolver e manter a sua saúde, através de um acesso justo e equitativo aos recursos da saúde» (p. 7).

Em 1992, realizou-se o sétimo Simpósio Anual de Cidades Saudáveis na Europa que contou com a participação de representantes de 92 cidades abrangendo 30 países. Este simpósio foi marcante para a história do projeto cidades saudáveis devido a ser considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o fim da primeira fase de trabalhos, e que mais tarde veio a considerar-se como a primeira fase da Rede Europeia de Cidades Saudáveis (RECS), decorrida entre o ano de 1987 e o ano 1992 (Tsouros, 2000).

Passados 10 anos desde o início do movimento cidades saudáveis, o balanço foi muito positivo e superou todas as expectativas. Foram lançados novos desafios para o futuro no âmbito de parcerias intersectoriais; envolvimento do governo local; envolvimento da comunidade; comunidades saudáveis e sustentáveis; sustentável, seguro, habitável, verde e envolvendo toda a comunidade; partir da economia para o desenvolvimento humano (Hancock, 1997).

Em 2005, os autores Galea e Vlahov (2005) discutem o conceito de «saúde urbana», o que consiste em mais um contributo para os novos desafios das cidades. Ambos consideram que as «cidades moldam cada vez mais o contexto em que vivemos, a compreensão do contexto urbano, e o seu possível papel na definição da saúde da população» (p. 2).

Posteriormente em 2006 surge a segunda edição do «Glossário Promoção de Saúde da OMS: novos termos». Os novos termos abordados foram: peso da doença (*burden of disease*), criação de capacidades, promoção de saúde baseada em evidências, saúde global, avaliação de impactos na saúde, avaliação de necessidades, autoeficácia, marketing social, ações de promoção de saúde sustentáveis e bem-estar (Smith, Tang & Nutbeam, 2006).

A saúde global inclui: desigualdades causadas por padrões de comércio internacional, os efeitos das mudanças climáticas, a vulnerabilidade das populações de refugiados, a comercialização de produtos prejudiciais por corporações transnacionais e a transmissão de doenças resultantes do aumento das viagens entre países (Smith, Tang & Nutbeam, 2006).

Desde do início do Movimento Cidades Saudáveis, que a RECS é o organismo encarregue pelo projeto «Cidades Saudáveis». O movimento é focado em ciclos com temas específicos com uma duração de 5 anos (ver Tabela 2), os quais se denominam de Fase (OMS, n.d.b).

Tabela 2 – A cronologia e os objetivos das Fases da RECS

(Fonte: adaptado de OMS, n.d.b)

Fases da RECS	Objetivos
Fase I – 1987-1992 (duração 6 anos)	Introduzir novas formas de trabalho para a saúde nas cidades.
Fase II – 1993-1997 (duração 5 anos)	Melhorar a política de saúde pública e planeamento da saúde.
Fase III – 1998-2002 (duração 5 anos)	Desenvolvimento sustentável e social com foco no planeamento integrado para o desenvolvimento da saúde. Uma abordagem às desigualdades na saúde, pobreza, exclusão social e às necessidades dos grupos mais vulneráveis.
Fase IV – 2003-2008 (duração 6 anos)	Equidade na saúde, abordando os determinantes da saúde, desenvolvimento sustentável e, governança participativa e democrática.
Fase V – 2009-2013 (duração 5 anos)	Prioridade à saúde e à equidade na saúde em todas as políticas locais. Uma abordagem aos ambientes de cuidado e de apoio, vida saudável e desenho urbano saudável.
Fase VI – 2014-2020 (duração prevista 5 anos)	Inovação, liderança e governança compartilhada para a saúde e bem-estar. Uma estrutura adaptável e prática para alcançar o objetivo Saúde 2020 a nível local.

Ter como fim uma Cidade Saudável, é definido como um processo e não um resultado, pois na prática, as cidades saudáveis não existem mas sim devem ser criadas (Semenza, 2005). Para o desenvolvimento do projeto Cidade Saudável será necessário elaborar o perfil de saúde da cidade e o plano de desenvolvimento de saúde para a cidade (OMS, n.d.c).

A RECS é constituída por cerca de 90 cidades europeias abrangendo 30 países, e complementarmente existem Redes Nacionais de Cidades Saudáveis, que mobilizam um total de 1400 cidades europeias. As mesmas envolvem os governos locais/municipais no desenvolvimento da saúde através de um compromisso político, que envolve uma mudança institucional e a definição de um processo de planeamento baseado em parcerias e projetos inovadores (OMS, n.d.d). No mesmo âmbito, as seis metas estratégicas para a RECS são:

- Promoção de políticas e ações para a saúde e desenvolvimento sustentável a nível local e em toda a Região Europeia da OMS, com ênfase sobre os determinantes da saúde, pessoas em situação de pobreza e as necessidades de grupos vulneráveis;
- Reforçar a posição nacional das Cidades Saudáveis no contexto das políticas para o desenvolvimento da saúde, saúde pública e regeneração urbana, com ênfase na cooperação nacional-local;

- Gerar política e experiência prática, boas evidências, conhecimentos e métodos que podem ser usados para promover a saúde em todas as cidades da Região;
- Promover a solidariedade, cooperação e as relações de trabalho entre as cidades e as redes europeias e com as cidades e as redes que participam do movimento Cidades Saudáveis;
- Desempenhar um papel ativo na defesa da saúde a nível europeu e global através de parcerias com outras agências preocupadas com as questões urbanas e as redes das autarquias locais;
- Aumentar a acessibilidade da Rede Europeia da OMS a todos os Estados-Membros da Região Europeia (OMS, n.d.e).

1.3 Projetos de Cidades Saudáveis

Os projetos que se desenvolvem no quadro de orientação do movimento europeu das cidades saudáveis promovem a mudança e a inovação da política de saúde local e oferecem primazia e relevância a novas abordagens na saúde pública. São projetos que procuram os métodos mais eficientes de colocar em prática as metas da Estratégia Europeia Saúde para Todos (OMS, 1992). E «(...)fornecem uma liderança de saúde pública através de mecanismos que reconhecem e mediam os interesses dos diferentes grupos da comunidade» (OMS, 1992. p.7).

Sendo o projeto cidade saudável um projeto de melhoria e promoção da saúde das populações, este é maioritariamente desenvolvido por divisões de saúde incorporadas nos municípios, mas também é regular o mesmo ser desenvolvido por divisões de âmbito social, devido aos projetos abordarem os determinantes da saúde de uma forma transversal (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

O projeto cidade saudável veio introduzir uma nova metodologia de trabalho, que até à data da sua origem era pouco desenvolvida: o trabalho em rede. Esta metodologia de trabalho assente no trabalho em rede veio modificar o modo de pensar dos técnicos, tornando as suas visões mais amplas, em termos de métodos de trabalho. As cidades saudáveis tiveram um papel inovador neste aspeto, proporcionando a troca de

informações e de experiências entre os membros da rede (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

Ainda de acordo com M. Ferreira, em entrevista pessoal a 26 de Junho de 2014, a finalidade dos projetos assenta (...) nos determinantes da saúde, que são sociais, ambientais, educacionais, económicos, de planeamento, (...). Há vários determinantes que influenciam a saúde das populações, e o Projeto das Cidade Saudáveis trabalha em todos eles de uma forma transversal.

Na mesma entrevista foi referido que atualmente, com base no contexto socioeconómico dos países, os determinantes sociais são aqueles que detêm uma enorme influência na saúde das populações. Atualmente os direitos ao acesso à saúde tendem a diminuir, «(...) temos em termos sociais populações muito muito carenciadas, de maneira que, o que me preocupa sobretudo neste momento das cidades saudáveis é o impacto social da crise na saúde das pessoas» (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

Essas populações carenciadas e socialmente desprotegidas são as que apresentam piores indicadores de saúde. Face a esta enorme dificuldade, a OMS afirma que a questão das desigualdades sociais na saúde e de equidade são o maior desafio no desenvolvimento dos projetos cidades saudáveis (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

Qualquer Projeto de Cidade Saudável compõe-se por seis características: dedicação à saúde; decisão política; ação intersectorial; participação da comunidade; inovação; e política pública saudável.

Relativamente à dedicação à saúde, estes projetos baseiam-se no pressuposto da presença de saúde em todos os seus níveis: físico, mental, social e espiritual, e tudo o que estes envolvem. Visam a promoção de saúde e a prevenção de doenças e afirmam que o esforço cooperativo entre a população da cidade pode contribuir para gerar saúde (OMS, 1992).

A decisão política é necessária, para que favoreça a saúde pública. Existem programas para a saúde, nos municípios, que são fundamentais na saúde das cidades (abrangem a habitação, o ambiente, a educação, os serviços sociais, entre outros) e os Projetos Cidades Saudáveis contribuem para esses programas e para as decisões políticas do município no sentido de fortalecer os seus efeitos positivos na saúde (OMS, 1992).

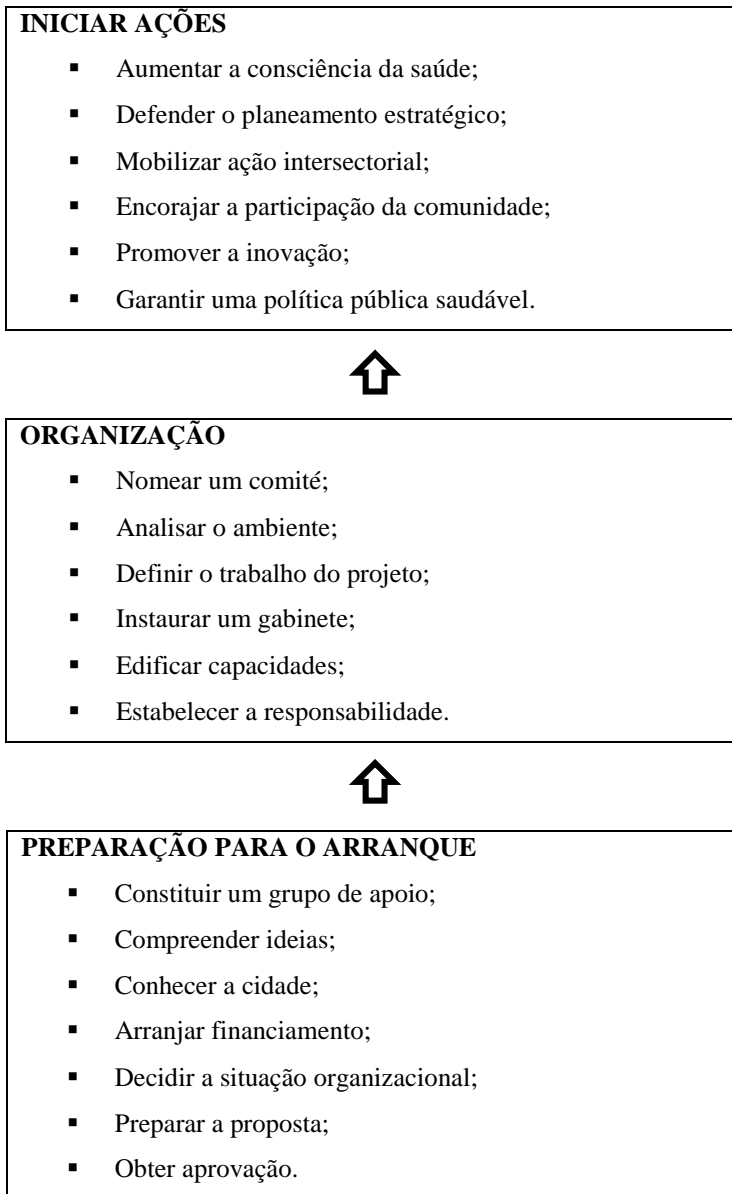
A ação intersectorial é um processo que demonstra a importância e a influência de um trabalho baseado na cooperação. Esta ação significa que as organizações que não abrangem o sector da saúde, alterem os seus métodos de trabalho de forma a que seja possível colaborarem na promoção da saúde. Por exemplo, o planeamento urbano ao criar amplos e agradáveis espaços verdes nas cidades desenvolve uma ação intersectorial, pois dentro do seu sector, contribui da melhor forma para a saúde da população, defendendo a forma física (OMS, 1992).

A participação da comunidade é essencial, pois as pessoas contribuem para a saúde por via da utilização que fazem dos serviços de saúde, do estilos de vida que adotam, dos trabalhos em serviços comunitários e, mesmo, através da sua opinião e forma de pensar em relação às questões de saúde. Os Projetos Cidades Saudáveis aumentam esta relação das pessoas com as questões de saúde, pois proporcionam meios para que as pessoas possam contribuir diretamente nas decisões do projeto, promovendo papéis mais ativos e relevantes para a população, incluindo nas atividades dos departamentos municipais e outras possíveis organizações (OMS, 1992).

Estes projetos e o seu sucesso dependem de novas ideias, métodos e criatividade, de forma a criar oportunidades de inovação com vista à promoção da saúde e prevenção da doença, principalmente através da ação intersectorial que exige uma vasta capacidade de inovação. A divulgação do conhecimento de métodos inovadores, a criação de incentivos à inovação e o reconhecimento das vitórias de quem experimenta novas políticas e programas, ocupam um papel primordial no sucesso dos Projetos Cidades Saudáveis (OMS, 1992).

Todas estas características dos Projetos Cidades Saudáveis, referidas anteriormente, visam o objetivo de alcançar uma política pública saudável. O desenvolvimento do projeto compõe-se por três fases (ver Figura 3) que se sobrepõem, porém, é possível separá-las de forma a identificar o que é necessário desenvolver em cada etapa.

*Figura 3 – As três fases do desenvolvimento de um Projeto Cidade Saudável
(Fonte: adaptado de OMS, 1992, p. 12)*



A fase da preparação para o arranque «constitui a fase informal do desenvolvimento do projeto» (OMS, 1992, p. 11), Esta fase surge quando as pessoas se apercebem que determinada cidade iria melhorar se tivesse a oportunidade de iniciar novas abordagens à saúde pública. Exige toda uma preparação prévia, que engloba um conhecimento da cidade e das suas condições reais, uma compreensão e aceitação das ideias do projeto, uma aprovação política e assim, é finalizada se houver a aprovação da proposta do projeto, por parte conselho municipal.

A fase da organização tem início com a aprovação política do conselho municipal em relação à proposta realizada, e é continuada até o projeto ser enriquecido e deter

condições e capacidade para promover a saúde pública. É nesta fase que se organizam meios para conseguir pessoas, financiamento e informação. «Durante esta fase de construção, as estruturas organizacionais e os mecanismos administrativos são introduzidos para conseguir a instauração de uma liderança, a acção intersectorial e a participação da comunidade» (OMS, 1992, p. 11).

A terceira e última fase de desenvolvimento do projeto, completa-se quando o projeto consegue adquirir uma liderança e capacidade organizacional satisfatórias de forma a se encontrar apto para proteger e melhorar a saúde pública. Esta fase prolonga-se durante toda a restante existência do projeto. Esta fase envolve atividades que servem de alicerce a novas abordagens à saúde e através da qual as organizações das cidades se transformam em participantes ativos no progresso da saúde (OMS, 1992).

Os resultados de maior relevância para o projeto são uma política pública saudável colocada em prática por toda a administração da cidade e por todos os participantes do projeto. Segundo a OMS (1992),

Os projetos não evoluem de forma contínua e sistemática. Eles são experimentais e crescem através de tentativas e erros. Por vezes desenvolvem-se de forma rápida e outras vezes de forma lenta devido a condições complexas e contraditórias. Cada Projeto de Cidade Saudável deve encontrar o seu caminho através do labirinto de circunstâncias em permanente mudança, no qual trabalha. (p. 13).

As etapas anteriormente referidas para o desenvolvimento do projeto e as suas vinte medidas baseiam-se na experiência proveniente de outros projetos já aplicados e em métodos que resultaram. Proporcionando vários caminhos possíveis e com possibilidade de serem bem-sucedidos, antevendo prováveis problemas com soluções que outrora já resultaram.

Em relação à autonomia dos municípios no desenvolvimento dos projetos, M. Ferreira em entrevista pessoal a 26 de Junho de 2014 refere que, «o próprio Projeto Cidades Saudáveis (...) já tem uma metodologia de trabalho e de intervenção, e o que os municípios fazem é seguir essa metodologia que é comum a todos».

No caso português, a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS) fornece as «orientações, dá balizas de trabalho, dá temáticas, define objetivos, tem um plano de

atividades, produz documentos estratégicos e discute políticas, estratégias em conjunto» (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014). Existe um programa associado a nível europeu, o qual serve de orientação à RPMS e funciona em parceria com a OMS.

1.4. A Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Este organismo foi fundado formalmente a 10 de Outubro de 1997. Este

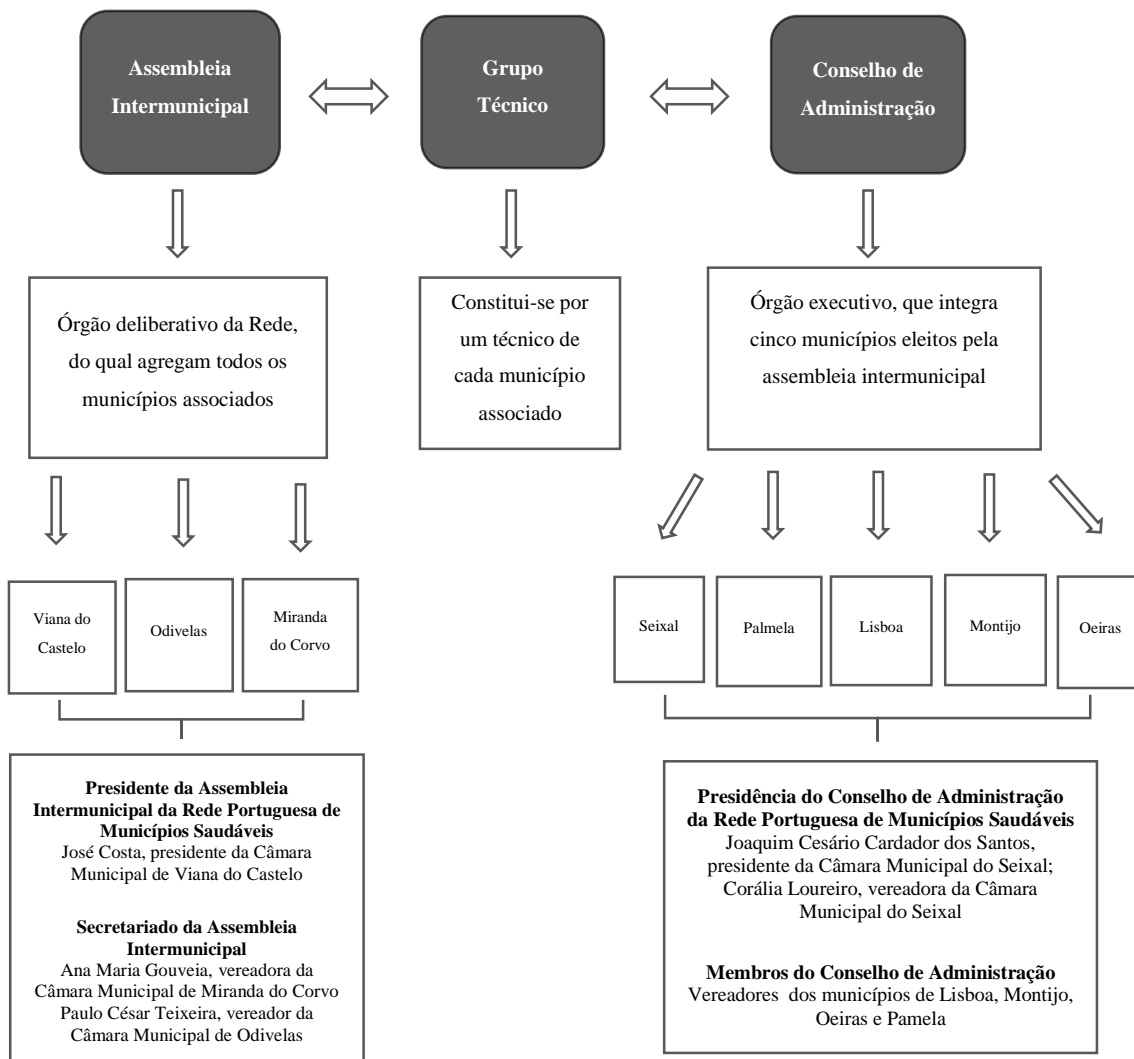
(...) Iniciou-se com um grupo promotor de cidades/municípios com nove municípios. Alguns deles depois ficaram na rede, e fizeram parte do grupo que criou formalmente a associação de municípios através de escritura pública publicada em Diário da República (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

A rede anteriormente designada de Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, e rebatizada Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS) desenvolve uma metodologia estratégica de intervenção baseada nos princípios essenciais do projeto Cidades Saudáveis sendo eles: a equidade, a sustentabilidade, a cooperação intersectorial e a solidariedade (RPMS, n.d.a). As linhas orientadoras da RPMS são as seguintes:

- Apoiar e promover a definição de estratégias locais suscetíveis de favorecer a obtenção de ganhos em saúde;
- Promover e intensificar a cooperação e a comunicação entre os municípios que integram a Rede e entre as restantes redes nacionais participantes no projeto Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Divulgar o projeto Cidades Saudáveis, estimulando e apoiando a adesão de novos municípios (RPMS, n.d.a).

A RPMS é atualmente presidida pelo Presidente do Conselho de Administração, Joaquim Cesário Cardador dos Santos, Presidente da Câmara Municipal do Seixal, e a coordenação técnica está a cargo de Mirieme Ferreira, Socióloga e Mestre em Saúde Pública. O organigrama da rede é composto por três órgãos (ver Figura 4), a Assembleia Intermunicipal, o Grupo Técnico e o Conselho de Administração (RPMS, n.d.b).

Figura 4 – Esquema da organização da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis
(Fonte: RPMS, n.d.b).



Em termos geográficos, a rede abrange cerca de 24% da população nacional, sendo os municípios da Área Metropolitana de Lisboa os que mais contribuem para esta percentagem, devido ao facto de serem municípios com elevado número de população (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

Atualmente são membros da RPMS os seguintes municípios : Alfândega da Fé, Amadora, Angra do Heroísmo (Açores), Barcelos, Barreiro, Bragança, Cabeceiras de Basto, Figueira da Foz, Golegã, Lagoa (Açores), Lisboa, Loures, Lourinhã, Miranda do Corvo, Montijo, Odemira, Odivelas, Oeiras, Palmela, Ponta Delgada (Açores), Porto Santo (Madeira), Ribeira Grande (Açores), Seixal, Serpa, Sesimbra, Setúbal, Torres Vedras, Viana do Castelo, Vidigueira, Vila Franca de Xira e Vila Real (RPMS, n.d.a).

As parcerias são fundamentais no trabalho em rede. A RPMS conta com diversos parceiros locais constituintes de cada cidade saudável portuguesa, tal como, as parcerias oficiais que estabelece em cooperação com a OMS, a Direção-Geral da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública. Todas as parcerias estabelecidas formam uma base técnica crucial ao trabalho desenvolvido em cooperação (RPMS, n.d.c).

Tal como refere M. Ferreira, em entrevista pessoal a 26 de Junho de 2014, as parcerias dividem-se em, «(...) três níveis de intervenção: 1) a rede portuguesa enquanto rede, 2) com as universidades (parcerias estratégicas com a Escola Nacional de Saúde Pública); 3) com entidades públicas (ex. Direção Geral da Saúde)».

Em cada município, o projeto cidade saudável desenvolve ainda parcerias com instituições locais, como por exemplo, centros de saúde, escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social, instituições na área do ambiente e empresários individuais.

A RPMS exige, aos municípios que pretendam aderir, um conjunto de requisitos essenciais. Deste modo, um município que pretenda integrar o trabalho cooperativo com a RPMS deve assegurar: a entrega de um ofício de intenção de adesão, que corresponde a um compromisso político explícito que envolva os princípios e estratégias do Projeto Cidades Saudáveis, e a assinatura de uma Declaração de Compromisso com a RPMS, em como deverá desenvolver o Projeto Cidades Saudáveis da OMS, no seu território, (elaborando o Perfil de Saúde e o Plano de Desenvolvimento de Saúde), nos três anos posteriores à adesão à associação de municípios. Deve ainda investir no trabalho em rede e na cooperação, formal e informal (RPMS, n.d.d).

Ainda de acordo com M. Ferreira (entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014),

[Para] aderir à rede o município tem que assinar uma declaração de compromisso, declaração que é assinada pelo presidente de câmara. Ao assinar a declaração, o presidente de câmara assume que a saúde é uma prioridade do município, comprometendo-se a trabalhar na promoção da saúde, em parceria com os municípios que fazem parte da rede. Compromete-se ainda a desenvolver um perfil de saúde e um plano de saúde nos três anos subsequentes à adesão à rede.

Esta declaração de compromisso apenas é garantida durante um ciclo autárquico. As mudanças de mandato autárquico, podem ou não incluir a mudança de orientação política dos municípios. Este é um fator determinante no desenvolvimento dos projetos de cidades saudáveis. Por exemplo, caso um novo presidente de câmara, com diferentes orientações políticas do seu antecessor, questione a relevância destes projetos e, consequentemente, a permanência na RPMS, este tem o poder de terminar com o acordo estabelecido anteriormente e deixar de ser membro da RPMS. No caso de considerar que os mesmos são projetos pertinentes, mesmo com uma orientação política diferente do antecessor, pode obviamente dar continuidade ao projeto cidade saudável (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

Os municípios que integram a RPMS, obtêm vários benefícios que têm origem no trabalho cooperativo desenvolvido. Beneficiam da troca de conhecimentos, que se denota muito importante no planeamento estratégico das ações adotadas e do conhecimento sobre uma abordagem aos problemas conduzida por todos os sectores. Desenvolvem ainda capacidades de trabalho cooperativo, planificam e colocam em prática ações inovadoras que envolvam todos os aspetos da saúde e qualidade de vida, sendo estimulada a criatividade e ampliada a cooperação institucional (RPMS, n.d.e).

Os municípios que integrarem a rede têm a possibilidade de desenvolver planos estratégicos de suporte e empregar políticas com vista à melhoria da qualidade de vida das comunidades, construir um Plano de Desenvolvimento de Saúde e elaborar trabalho em áreas específicas.

E ainda a parceria com a OMS, promovendo uma abordagem holística das cidades saudáveis referente aos problemas que as cidades da Europa enfrentam, como: a exclusão social, toxicodependência, pobreza, mutações sociais, desemprego, doenças sexualmente transmissíveis, degradação ambiental, entre outros (RPMS, n.d.e).

Para uma cidade se tornar membro da rede europeia, um dos critérios é integrar a rede nacional. Ainda segundo M. Ferreira (entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014) isto ocorre «porque a OMS acredita (...) que é muito importante o desenvolvimento nacional do projeto e a existência de redes nacionais». M. Ferreira (entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014) menciona ainda que a rede europeia funciona sob candidatura, à base de cotas e por fases de cinco anos, respeitando o critério, «(...) uma cidade para dez milhões de

habitantes. [Deste modo] Portugal só teria logicamente cota para um município. Mas negociámos com a OMS e temos três municípios na rede europeia».

No final de cada fase de cinco anos, a OMS realiza uma avaliação relativa à participação e desempenho de determinado município na rede europeia, existindo uma avaliação no final de cada fase e uma avaliação anual. De acordo com a entrevistada, os projetos são «de contínuo desenvolvimento e o compromisso com a rede (...) tem um grande momento de avaliação que é sobretudo, o final de um ciclo autárquico».

Existem ainda dois tipos distintos de candidaturas à RECS, referentes a situações de permanência de um município na rede ou de primeira candidatura à mesma. Ambas as candidaturas são avaliadas pela OMS, determinando se o município poderá integrar ou permanecer na RECS.

A avaliação da RPMS é realizada apenas pela OMS, pelo facto de não existir atualmente nenhuma entidade responsável por uma avaliação externa. A avaliação dos projetos a nível nacional é realizada pela RPMS de forma qualitativa e contínua ao longo do tempo, permitindo compreender de que modo ocorre a participação dos municípios nas atividades da rede e quais os projetos que são desenvolvidos (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014). E existe ainda uma avaliação por parte da OMS à RPMS.

As medidas que a RPMS propõe na melhoria da qualidade de vida, focam-se, em promover a saúde com base nos seus determinantes e no desenvolvimento de projetos que atuem diretamente na vida das populações e consequentemente na qualidade de vida das mesmas.

Ainda segundo M. Ferreira (entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014), esses projetos devem procurar desenvolver iniciativas nos domínios: da mobilidade, tanto a nível pedestre como de uma rede de transportes e ciclovias adequadas; do meio ambiente, objetivando reduzir as desigualdades no acesso às condições sociais; da promoção de estilos de vida saudáveis; a promoção de uma vida ativa nos idosos; a integração da população com deficiência; da integração no território de minorias étnicas, promovendo o diálogo intercultural e de partilha de cultura e promoção da igualdade de género. O perfil de projeto que obtém os melhores resultados é aquele que trabalha,

(...) junto das pessoas que sofrem das questões das desigualdades e que estão de alguma forma, socialmente excluídas, dos sem abrigo, dos grupos vulneráveis da população como sejam os idosos, as crianças, as mulheres. Acreditamos que de facto (...) hoje em dia a grande diferença é trabalhar nos determinantes sociais da saúde (entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014).

Deste modo, os projetos obtêm resultados de sucesso quando as melhorias nos postos de trabalho, habitações, escolas e espaços urbanos resultam em locais mais saudáveis para viver (OMS, 1992).

Capítulo 2. A importância da saúde no quadro das políticas de desenvolvimento e coesão

O sector da saúde é um dos mais importantes sectores de atuação no quadro das políticas públicas, quer pela relevância que assume na prestação dos cuidados às populações, quer como fator de equidade e de promoção da qualidade de vida dos vários grupos populacionais. Outra ideia que é consensual é que as políticas de saúde não se restringem ao combate à doença, mas progressivamente têm vindo a incorporar a componente de prevenção, quer na ótica coletiva, quer na ótica do indivíduo.

Assim, o objetivo deste capítulo consiste na apresentação desse quadro de políticas definidas ao nível europeu que interagem com o nível dos países e regiões da UE, permitindo realçar a importância de estreitar a atuação na promoção do desenvolvimento urbano que permita obter ganhos de qualidade de vida e melhoria da saúde das populações.

2.1. Políticas de Coesão e Saúde

A política regional é a principal política de investimento da UE para promover o desenvolvimento e o crescimento regional e urbano. Esta política conseguiu ao longo dos anos uma enorme diversidade de projetos em todos os Estados-Membros da UE, e estes têm trazido imensos benefícios para a população e para as empresas (CE, 2014).

Os grandes benefícios inerentes ao desenvolvimento desses projetos são os milhões de postos de trabalho que foram concebidos, o desenvolvimento de quilómetros de ligações estratégicas de transportes, de energia e de banda larga, o investimento na investigação e na inovação, pequenos empresários e suas empresas, o apoio a projetos de onde surgiram novas soluções no âmbito das energias renováveis e da eficiência energética, defenderam o património cultural, estimularam o desenvolvimento em zonas escassamente povoadas (CE, 2014).

A política regional da UE para o período 2007-2013 determinou as orientações estratégicas comunitárias em matéria de coesão económica, social e territorial. Em consonância com as orientações integradas para o crescimento e o emprego da Agenda de Lisboa, os programas suportados pela política de coesão procuraram centrar os recursos nas três prioridades seguintes:

- Reforçar a atractividade dos Estados-Membros, das regiões e das cidades, melhorando a acessibilidade, assegurando serviços de qualidade e preservando o ambiente;
- Incentivar a inovação, o espírito empresarial e o crescimento da economia baseada no conhecimento, promovendo as capacidades de investigação e inovação, incluindo as novas tecnologias da informação e da comunicação; bem como
- Criar mais e melhor emprego, atraindo mais pessoas para o mercado de trabalho ou para a atividade empresarial, melhorando a adaptabilidade dos trabalhadores e das empresas e aumentando os investimentos no capital humano (CE, 2006, p. 14).

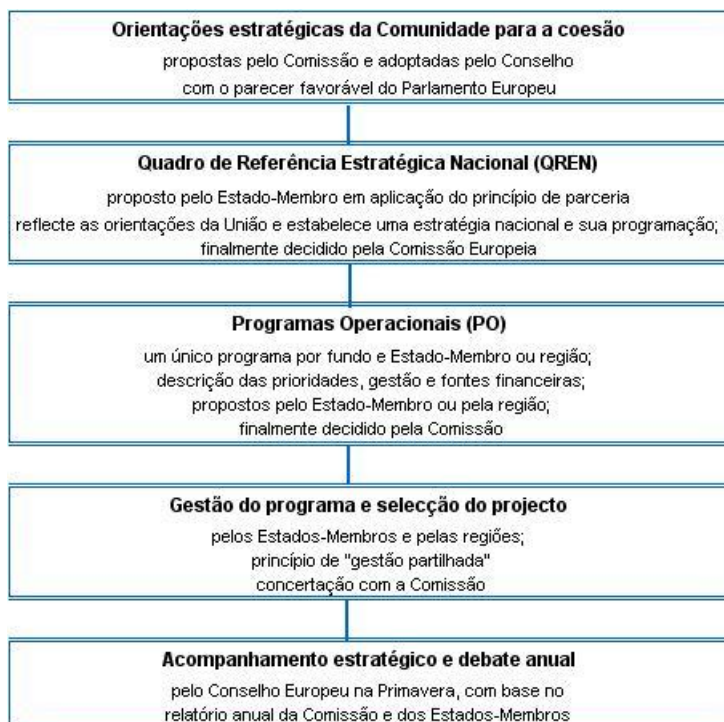
Nesse período, a política regional concentrou-se em primeiro lugar e maior destaque no conhecimento, na investigação e inovação e no capital humano. Em segundo lugar, as regiões teriam como objetivo o desenvolvimento sustentável e o desencadeamento de sinergias entre as dimensões social, económica e ambiental. Em terceiro lugar, a igualdade de género, neste ponto as regiões teriam que executar os programas e projetos onde a igualdade entre homens e mulheres fosse concebida desde a sua elaboração (CE, 2006). Em quarto lugar, seriam tomadas medidas mais adequadas à acessibilidade das pessoas com deficiência, prevenindo discriminações por deficiência. E ainda seria necessário prevenir discriminações por razões de género, raça ou origem étnica, religião ou credo, idade ou orientação sexual (CE, 2006).

As orientações pormenorizadas da PC que se seguem seriam acompanhadas de uma combinação de investimentos que poderia, em certos casos, depender da análise SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats – de cada Estado-Membro e das circunstâncias específicas nacionais e regionais (CE, 2006).

As orientações formaram um quadro único a utilizar pelos Estados-Membros durante o desenvolvimento dos programas nacionais, regionais e locais, especialmente para avaliar o seu contributo para os objetivos da UE em termos de coesão, emprego e

crescimento (CE, 2006). A Figura 5 demonstra a sequência do ciclo de programação e aplicação da política de coesão regional.

*Figura 5 - Ciclo de programação e aplicação da PC.
(Fonte: QREN, 2014)*



Vejamos as várias orientações. Orientação um: tornar a Europa e a suas regiões espaços mais atrativos para investir e para trabalhar. Esta orientação visa desenvolver e melhorar as infraestruturas de transportes em termos de segurança e poluição, adaptando os investimentos em infraestruturas às necessidades específicas e ao nível de desenvolvimento económico das regiões e países (CE, 2006).

E ainda, reforça as sinergias entre a proteção ambiental e o crescimento, com a finalidade de otimizar os benefícios económicos e minimizar custos; e aborda a questão da utilização intensiva das fontes de energia tradicionais pela Europa, divulgando modelos de desenvolvimento de baixa intensidade energética e apoiando projetos destinados a melhorar os rendimentos energéticos (CE, 2006).

Orientação dois: melhorar os conhecimentos e a inovação em prol do crescimento. Seria necessário reforçar e melhorar o investimento em investigação e desenvolvimento tecnológico (IDT); facilitar a inovação e promover o espírito empresarial, divulgando e utilizando novos conhecimentos por parte das empresas (CE, 2006). Promove a

sociedade da informação para todos através do desenvolvimento de produtos e de serviços destinados a incentivar e facilitar os investimentos do setor privado, sendo essencial o respeito pelas regras da concorrência; melhoramento do acesso ao financiamento tanto no caso das atividades de IDT como das empresas «*start-up*», desenvolver os mercados de capital de risco relativos com atividades inovadoras e proporcionar um melhor enquadramento regulamentar que favoreça o espírito empresarial (CE, 2006).

Orientação três: criar mais e melhores empregos. Nesta última orientação pretendia-se, atrair e manter um maior número de pessoas no mercado de trabalho e modernizar os sistemas de proteção social, através da subida das taxas de emprego, redução do desemprego e o alargamento da base da atividade económica; melhorar a adaptabilidade dos trabalhadores e das empresas e a flexibilidade do mercado de trabalho, através da capacidade da Europa em prever, desencadear e absorver as transformações económicas e sociais (CE, 2006).

Também se pretendia, aumentar o investimento em capital humano através de uma melhoria da educação e das competências, apoiando estratégias coesas de aprendizagem ao longo da vida, e apoiando a introdução de reformas dos sistemas de educação e formação com o intuito de aumentar a importância da educação e da formação no mercado de trabalho; melhorar a capacidade administrativa, através da eficácia das administrações e dos serviços públicos, condição fundamental para o crescimento económico e o emprego (CE, 2006).

A orientação três da PC tem ainda enfoque na saúde, ao contribuir para manter uma população ativa saudável, combatendo o envelhecimento da população e diminuindo a mão-de-obra futura. Deste modo, seria fundamental adotar medidas para aumentar o número de anos de trabalho em condições de boa saúde da população ativa e reduzir a disparidades territoriais nas regiões menos desenvolvidas em matéria de saúde e de acesso aos cuidados de saúde (CE, 2006).

As medidas a tomar em prol da saúde e da prevenção de doenças tornaram-se imprescindíveis na redução dos níveis de dependência laboral que, em termos de economia, teriam um impacto direto sobre os índices de competitividade e de produtividade. Para a PC 2007-2013 seria necessário melhorar as infraestruturas de

cuidados continuados e investir na melhoria das infraestruturas de saúde, caso sejam em número insuficiente e/ou pouco desenvolvidas (CE, 2006).

De acordo com a CE (2006), seria indispensável responder à necessidade de reforçar a eficácia dos sistemas de cuidados de saúde, nos domínios do conhecimento e da inovação, através das ações seguintes:

- Procurar evitar os riscos de saúde para aumentar os níveis de produtividade através de campanhas gerais de informação sanitária, garantindo a transferência de conhecimentos e de tecnologias e assegurando que os serviços de saúde possuam as competências, os produtos e o equipamento necessários para prevenir os riscos e minimizar os danos potenciais.
- Colmatar as deficiências das infra-estruturas de saúde e promover uma prestação de serviços eficaz, nos casos em que o desenvolvimento económico dos Estados-Membros e das regiões menos prósperas esteja a ser afectado (...) (p. 28).

No início do período de 2014-2020, a UE em cooperação com os seus Estados-Membros, delineia novas estratégias de investimento com o objetivo de que a União na sua totalidade, atinga o maior rendimento possível (CE, 2014).

Com base na clarificação e revisão de algumas normas relativas ao investimento na política regional, planeiam aumentar a harmonia entre os vários fundos e promover assim apoios entre diferentes domínios políticos, como a investigação, inovação, política agrícola comum, educação, emprego, entre outras. Com essa reestruturação das normas e metas, os Estados-Membros e as regiões da EU têm a oportunidade de colaborar na execução dos objetivos de crescimento económico sustentável e de conceção de emprego da estratégia Europa 2020 (CE, 2014).

Segundo José Barroso, ex-Presidente da CE (2010),

Para construirmos um futuro sustentável, devemos, no entanto, ultrapassar uma mera visão de curto prazo. A Europa tem de regressar ao bom caminho e manter o rumo. É este justamente o objectivo da estratégia Europa 2020: criar mais emprego e assegurar melhores condições de vida. Esta estratégia demonstra a capacidade da Europa para gerar um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo, para

encontrar os meios para criar novos postos de trabalho e para propor um rumo claro às nossas sociedades (p. 2).

Face à crise mundial não foi possível uma progressão económica e social, tornando-se iminentes desafios como a globalização, a influência sobre os recursos e o envelhecimento da população. Foi fundamental uma estratégia que visasse transformar a UE com a perspectiva de uma economia inteligente, sustentável e inclusiva, que facilitasse níveis mais elevados de emprego, de coesão social e de produtividade (CE, 2010).

De acordo com a CE (2010), a estratégia Europa 2020 reconhece as seguintes prioridades:

- Crescimento inteligente: fortalecer a economia com base no conhecimento e na inovação.
- Crescimento sustentável: promover uma economia mais eficaz na utilização dos recursos, mais ecológica e mais competitiva.
- Crescimento inclusivo: desenvolver uma economia que promova os níveis elevados de emprego garantindo a coesão social e territorial.

O Crescimento Inteligente expressa um maior foco no conhecimento e inovação, sendo necessário melhorar a qualidade de ensino, reforçar o desempenho de investigações, promover a inovação e a transferência de conhecimentos em toda a UE, extrair partido das tecnologias de informação e de comunicação, garantir a execução de novos produtos e serviços, que permitam crescimentos e qualidade, através de ideias inovadoras. Conjugado com o empreendedorismo e o apoio financeiro das necessidades dos utilizadores e as oportunidades de mercado (CE, 2010).

O Crescimento Sustentável traduz-se através de criação de uma economia sustentável, competitiva onde os recursos sejam utilizados de forma eficiente. Desenvolvimento de novos processos e tecnologias, implementação de redes inteligentes com recurso às tecnologias de informação à escala da UE e reforço das vantagens competitivas das empresas, nomeadamente a nível industrial e das pequenas e médias empresas (CE, 2010).

O Crescimento Inclusivo permite à população investir nas suas qualificações, na luta contra a pobreza e sofisticar os mercados de trabalho, os sistemas de formação e de proteção social, contribuindo para a coesão social. E uma coesão territorial ao garantir

que os benefícios do crescimento económico favoreçam todas as regiões da UE, nomeadamente as regiões periféricas. Este crescimento deve promover a igualdade de género, com a finalidade de melhorar as taxas de desemprego (CE, 2010).

Segundo a CE (2010), a estratégia Europa 2020 tem os seguintes objetivos gerais:

- 75 % da população com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos deve estar empregada.
- 3 % do PIB da UE deve ser investido em I&D.
- os objetivos relacionados com clima/energia «20/20/20» devem ser obedecidos (incluindo uma subida para 30 % do objetivo para a redução das emissões, se as condições o consentirem).
- A taxa de abandono escolar precoce deve ser inferior a 10 % e pelo menos 40 % da geração mais jovem deve dispor de um diploma de ensino superior.
- 20 milhões de pessoas devem deixar de estar sujeitas ao risco de pobreza (p. 5).

Para certificar que cada país adapta a estratégia Europa 2020, a CE propõe que sejam desenvolvidos objetivos e trajetórias nacionais com base nos objetivos pré-estabelecidos para a EU. Estes objetivos provêm das três prioridades compostas pelo crescimento inteligente, sustentável e inclusivo.

Para complementar os objetivos estratégicos da estratégia Europa 2020, a CE reconhece sete iniciativas que visam estimular a UE: Uma UE da inovação; Juventude em movimento; Agenda digital para a Europa; Uma Europa que se revele eficaz através dos seus recursos; Uma política industrial para a era de globalização; Agenda para novas qualificações e novos empregos; Plataforma europeia contra a pobreza (CE, 2010).

Neste contexto, onde fica a questão da Saúde no quadro das políticas para 2014-2020? A ligação é efetiva pela perpetuação de uma perspetiva de atuação que promova ambientes urbanos mais saudáveis e eficientes do pontos de vista ambiental e social, bem como o reforço da integração social e de uma abordagem multicultural.

Estas orientações operacionalizaram-se na preparação dos documentos operacionais (programas operacionais), nomeadamente nas regionais, onde os objetivos foram adaptados às necessidades e potencialidades das regiões. No caso do Algarve, para além da elaboração da Estratégia de Desenvolvimento do Algarve (EDA) 2014-2020, temos

já aprovado o Programa Operacional Regional que regerá a atuação em termos de investimentos no período de 2014-2020.

2.2. As abordagens específicas para a Saúde

2.2.1. Abordagem estratégica para a UE 2008-2013: Juntos para a saúde

Paralelamente à elaboração da PC para o período de 2007-2013 no sector da saúde, surgiu a vontade de elaborar uma estratégia complementar. Segundo a CE (2007) «a saúde é fundamental na vida das pessoas e deve ser apoiada por políticas e acções eficazes, tanto nos Estados-Membros como a nível da CE e à escala mundial» (p. 2). Esta estratégia não teve o objetivo de sobrepor à estratégia já delineada para o período de 2007-2013 mas sim, o intuito de reforçar os esforços pela saúde combatendo as grandes ameaças da mesma e as questões com impacto transfronteiriço ou internacional (as pandemias, o bioterrorismo, mercados livres de circulação) (CE, 2007).

Os desafios eminentes a encarar nesta nova abordagem estratégica foram:

- A evolução da população, em particular, o envelhecimento da população. Aqui pressupõe-se promover a saúde a longo prazo, promovendo a prevenção de doenças e o combate às desigualdades.
- As pandemias, bioterrorismo e os grandes incidentes físicos e biológicos. Estes elementos geram potenciais ameaças para a saúde, que juntamente com as alterações climáticas originam novos padrões de doenças transmissíveis.
- A inovação nos sistemas de saúde devido à rápida evolução das novas tecnologias que tendem a revolucionar as modalidades de promoção de saúde e de prevenção, prevenção e tratamento das doenças (CE, 2007).

Para combater estes desafios e responder às aspirações das partes envolvidas, a CE identificou os seguintes objetivos:

- Promover a saúde numa Europa em envelhecimento.
- Proteger os cidadãos das ameaças para a saúde.

- Promover sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias (CE, 2007).

2.2.2. Programa de ação plurianual no domínio da saúde 2014-2020

O programa de ação plurianual no domínio da saúde para o período de 2014-2020 é o terceiro programa elaborado pela Comissão Europeia neste domínio. Os Estados-Membros incorporam o programa nos seus esforços na melhoria da saúde dos cidadãos e na procura de assegurar a sustentabilidade dos sistemas de saúde, em conformidade com a estratégia Europa 2020 (CE, 2011).

O programa «Saúde para o Crescimento» para o período 2014-2020, apoia os Estados-Membros de forma a (CE, 2011):

- Realizar reformas visando sistemas de saúde inovadores e sustentáveis;
- Garantir uma maior qualidade e segurança dos cuidados de saúde para os cidadãos;
- Promover a saúde dos cidadãos europeus prevenindo doenças;
- Proteger os cidadãos europeus das ameaças transfronteiriças.

Através de uma população saudável acredita-se que será possível maximizar os ganhos a nível económico. O sector da saúde representa-se pela inovação e por profissionais bastante qualificados, sendo que o sector dos cuidados de saúde é um dos maiores na União Europeia. A saúde cumpre assim, um papel fundamental na Agenda Europa 2020 e as ações que visam reduzir as desigualdades na área da saúde são importantes para alcançar o crescimento inclusivo (CE, 2011).

A promoção de uma boa saúde constitui parte integrante dos objetivos de crescimento inteligente e inclusivo da Europa 2020. Manter as populações saudáveis e ativas por mais tempo tem um impacto positivo na produtividade e na competitividade. A inovação nos cuidados de saúde contribui para dar resposta ao desafio da sustentabilidade do sector, no contexto da evolução demográfica (CE, 2011, p. 2).

O atual momento pelo muitos países atravessam, face à crise financeira mundial, veio implicar diversas restrições na atuação das políticas urbanas. Os sistemas de saúde, pela importância que têm na vida das populações, devem tornar-se mais eficientes de forma a que a qualidade dos serviços não seja deteriorada no presente nem no futuro, face à redução dos custos de saúde suportados pelos países (CE, 2011). «O programa Saúde para o Crescimento contribui para encontrar e aplicar soluções inovadoras para melhorar a qualidade, a eficiência e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, colocando a tónica no capital humano e no intercâmbio de boas práticas» (CE, 2011).

No contexto da Europa 2020, é de extrema relevância, não só a inovação tecnológica, como a inovação dos sistemas de saúde atuais, desde o seu financiamento ao modo como os recursos são usados (CE, 2011).

Muitas áreas na proposta do programa Saúde para o Crescimento, tais como a avaliação das tecnologias da saúde (ATS), os dispositivos médicos, os ensaios clínicos e os medicamentos, bem como a Parceria de Inovação Europeia para um Envelhecimento Activo e Saudável, visam reforçar a ligação entre a inovação tecnológica e a sua adopção e comercialização, e promover simultaneamente a segurança, a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde (CE, 2011).

A «Saúde para o Crescimento» indica que à medida que a população envelhece a procura de cuidados de saúde aumenta, logo, o sector da saúde tem grande capacidade para criar novos postos de trabalho. Para que seja possível para a Europa empregar 75% da faixa etária dos 20 aos 64 anos e evitar a existência de reformas antecipadas por motivo de doença, será necessário prolongar o número de anos de vida saudável (CE, 2011). «Manter as populações saudáveis e activas por mais tempo tem um impacto positivo na produtividade e na competitividade» (CE, 2011).

Neste contexto, e no seguimento dos desafios anteriormente apresentados, a política de saúde da União Europeia tem como objetivo apoiar e reforçar as políticas nacionais e incentivar a colaboração entre países abrangidos pelas políticas da EU, através da orientação das economias nacionais, da valorização da Europa e das sinergias criadas entre países (CE, 2011).

As estratégias, orientações e medidas em matéria de PC, elaboram-se de forma transversal e incidindo nos espaços onde se concentram maior densidade populacional, neste caso as cidades.

2.3. A Estratégia de Desenvolvimento do Algarve 2014-2020 – encontrar as dimensões da saúde e da vida saudável

Na árdua tarefa de elaborar uma estratégia ampla e em simultâneo convergente com a estratégia Europa 2020, a Região do Algarve adotou uma Estratégia Regional de Investigação e Inovação para a Especialização Inteligente (RIS3 Regional). Segundo Santos (2015), o documento RIS3 Regional é um documento

(...) estruturante, quer nos domínios «tradicionais» da Ciência, do I&DT e da Inovação, quer em áreas mais transversais da formação, empreendedorismo ou da criação de emprego. Este novo papel, obriga a que a RIS3 Regional, mais do que um documento estratégico, seja um referencial das opções e das escolhas Regionais e um instrumento de apoio para a concretização dos resultados desejados (p.3).

A RIS3 Regional «requer o desenvolvimento de uma visão, identificando as vantagens competitivas, a definição de prioridades estratégicas e fazendo uso de políticas para maximizar o potencial de uma região» (CCDRA, 2014, p.26). Neste âmbito, a especialização inteligente aborda os seguintes domínios:

- Focar as políticas de apoio e os investimentos nas prioridades nacionais e regionais, seleccionadas tendo em conta os desafios e necessidades para o desenvolvimento do conhecimento, incluindo as medidas relacionadas com as TIC;
- Construir as forças de cada território, vantagens competitivas e potencial de excelência;
- Apoio Tecnológico, bem como à inovação baseada na prática, e estimular o investimento do setor privado;
- Envolvimento das partes interessadas, fomento da inovação e da experimentação;

- Devem ser suportadas em evidências e incluir mecanismos de monitorização e avaliação (Foray et. al., 2012, p.8).

Segundo Foray et.al. (2012), é um conceito inteligente por dois motivos, sendo o primeiro o facto de vincular o investimento e a inovação ao desenvolvimento económico através de novas formas, como o processo empreendedor da descoberta e da definição de prioridades pelos formuladores de políticas em cooperação estreita com os atores locais. Em segundo, é um processo que decorre com uma conceção do exterior, estimulando as regiões para serem ambiciosas e em simultâneo realistas sobre o que pode ser alcançado relacionando os meios e as capacidades locais com as fontes externas de conhecimento e valor. Porém, o conhecimento e a perceção do contexto local são fundamentais para o sucesso deste processo.

A RIS3 demonstra-se relevante quanto às três prioridades da Estratégia Europa 2020, nomeadamente, um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. Primeiramente, nas questões de especialização inteligente para o futuro da Europa, porque o desenvolvimento de uma economia sustentada no conhecimento e na inovação continua a representar um desafio fundamental para a UE. Em segundo lugar, a especialização inteligente é necessária para alcançar um crescimento sustentável, pois é fundamental promover esforço de inovação e investimentos consideráveis para conseguir uma economia eficiente em termos de recursos e de baixo carbono, oferecendo oportunidades nos mercados interno e global. E ainda, a especialização inteligente contribui para o crescimento inclusivo entre e dentro das regiões, através do reforço da coesão territorial e da gestão de mudança estrutural, a criação de oportunidades económicas e o investimento no desenvolvimento de habilidades, melhores empregos e inovação social (Foray et.al., 2012).

A abordagem RIS3 é também consistente com os objetivos da política de coesão da UE, pois promove o crescimento e o emprego em todos os países e regiões da UE. Propõe uma estratégia e uma função global para cada economia nacional e regional, incluindo os territórios mais ou menos avançados. Compreende um conceito mais vasto de inovação, não só o investimento em investigação ou no setor da indústria transformadora, mas visa também, aumentar a competitividade através do *design* e das indústrias criativas, a inovação social e de serviços, novos modelos de negócios e ainda a inovação baseada na prática. Todas as regiões têm uma função a desempenhar numa

economia focada no conhecimento e na inovação, desde que possam identificar vantagens comparativas, potencial e ambição de excelência em setores específicos do mercado (Foray et.al., 2012).

A especialização inteligente tem uma função estratégica na política de coesão, garantindo a contribuição da política de coesão nos trabalhos da Estratégia Europa 2020 e na agenda de crescimento. A monitorização e avaliação dentro destas estratégias são também um fator de grande relevância, pois proporcionam a relação entre a especialização inteligente e o objetivo de fortalecer a orientação dos resultados dos Fundos Estruturais. Este fator é importante para a política de coesão, de forma a assegurar que os incentivos das partes interessadas e as respostas comportamentais estão corretamente alinhados e que a política pode ser monitorizada em conformidade e adaptada se necessário (Foray et.al., 2012).

A RIS3 foi fundamental para a elaboração do Programa Operacional Regional do Algarve para o período de 2014-2020 (CRESC 2020). Neste, devem-se tomar nota de dois aspetos importantes: as propostas pensadas no passado e os desafios atuais. Os mesmos desafios são designados no CRESC 2020 como «estrangulamentos». A análise dos principais estrangulamentos que afetam atualmente a região sintetiza-se em três grandes áreas:

- O Emprego, a Conetividade e a Inovação (tendo em conta as elevadas taxas de desemprego, as baixas qualificações, a reduzida diversificação da base económica e a limitada incorporação do conhecimento como fator de diferenciação e valorização dos processos produtivos);
- A Inclusão e Educação (tendo como base a falta de ajustamento das competências às necessidades da região, na necessidade de assegurar a integração de comunidades vulneráveis e dando um particular enfoque à redução do abandono escolar e à melhoria da qualificação dos recursos);
- E, finalmente, a Sustentabilidade e a Coesão Territorial com redução das assimetrias (tendo em conta a necessidade de reforçar as intervenções com base em lógicas integradas de intervenção supramunicipal, num contexto de valorização dos territórios de suporte à experiência turística, focando as preocupações na revitalização dos territórios de baixa densidade e no reforço dos atores

e das parcerias, numa política de desenvolvimento urbano mais sustentável e numa aposta na melhoria do desempenho energético e na redução das emissões) (CCDRA, 2014, p.6).

Em resposta a estes estrangulamentos, o CRESC 2020 elenca cinco linhas estratégicas de intervenção: inovação e diversificação; competitividade internacional; valorização territorial; coesão e inclusão e capacitação para a empregabilidade (CCDRA, 2014).

A inovação e diversificação permitem à região combater as elevadas taxas de desemprego através de uma base económica empresarial diversificada que valorize o emprego e os recursos endógenos. A competitividade internacional fornece à região um melhor posicionamento exterior e impulsiona a produção de bens e serviços transacionáveis.

A valorização territorial possibilita uma política de desenvolvimento urbano amiga do ambiente e a melhoria da eficiência energética, valorizando os recursos naturais da região. A coesão e inclusão com o foco de reduzir as disparidades e assimetrias territoriais permite à região revitalizar as áreas de baixa densidade e o poder local.

A capacitação para a empregabilidade caracteriza-se por fazer uma adaptação das competências que determinada região tem para aumentar a empregabilidade, criando condições que favoreçam o surgimento de soluções inovadoras a nível social e de proximidade, no que diz respeito a ofertas especializadas ou avançadas. De forma a reduzir os custos emergentes do contexto regional, importa fortalecer as ofertas qualificantes e promover o desempenho das organizações e da prestação de serviços às empresas e aos cidadãos. É ainda significativo criar parcerias e garantir a representação em redes nacionais ou internacionais (CCDRA, 2014).

Após a reflexão anterior apresenta-se na Tabela 4 as dimensões/princípios da cidade saudável em articulação com os objetivos do CRESC 2020, e as metas que se pretende alcançar.

*Tabela 3 – Relação dos objetivos do CRESC 2020 com os princípios das cidades saudáveis
(Fonte: adaptado de Tsouros, 1992; CCDRA, 2014)*

Domínios	Princípios – Cidades Saudáveis	Objetivos e metas do CRESC 2020
Saúde e Ação Social	Necessidades básicas (alimentação, água, rendimentos, segurança e habitação); Nível alto de saúde e serviços de saúde acessíveis a todos.	
Ambiente, Urbanismo, Património e Cultura	Ecosistema e sistema urbano sustentável.	Objetivos: reforçar o papel do território como fator competitivo e diferenciador, afirmando a identidade regional e valorizando os recursos naturais de excelência; e reduzir as disparidade e assimetrias existentes; Metas: caminhar para uma «Região Carbono Zero»; reduzir em 10% o consumo de energia elétrica; e reduzir as assimetrias entre litoral e interior.
	Ambiente físico limpo e seguro (incluindo a qualidade da habitação).	
	Heranças culturais e biológicas.	
Participação	Elevado nível de participação.	Objetivo: reforçar as cadeias de valores das atividades consolidadas e emergentes; Meta: diminuir a taxa de desemprego para valor inferior a 85% da média nacional;
	Comunidade forte, de apoio mútuo e sem exploração.	
Educação	Acesso a uma variedade de experiências e recursos, com a possibilidade de uma maior variedade de contactos, interações e comunicação.	Objetivo: ajustar e orientar as competências regionais para a empregabilidade; Metas: alcançar em 10% a população abrangida por formação qualificante; e reduzir em 5p.p. a taxa de abandono precoce;
Desporto		
Economia	Economia municipal diversificada, vital e inovadora.	Objetivo: alargar a base económica empresarial; Metas: aumentar em 18% o contributo do PIB Regional para o PIB do País; e alcançar em 2020 o estatuto de região «adepta da inovação».

Para responder aos objetivos propostos, o CRESC, apresenta oito objetivos que atuam nos seguintes domínios da cidade saudável: ambiente, urbanismo, património, cultura, participação, educação e economia. No Programa Operacional Regional, o sector da saúde não é considerado entre os objetivos e prioridades. Destaca-se também que, o mesmo documento não há nenhuma referência a objetivos no domínio do desporto.

Assim, os objetivos propostos no Programa Operacional Regional para as cidades algarvias, no contributo da componente saudável, são: reforçar o papel do território como fator competitivo e diferenciador, e reduzir as disparidades e assimetrias existentes, na procura de um ecossistema e sistema urbano sustentável, de um ambiente físico limpo e seguro, e no encorajamento de conexões com heranças culturais e biológicas; reforçar as cadeias de valores das atividade consolidadas e emergentes, na procura de fortalecer o nível de participação dos cidadãos e na criação de uma

comunidade forte; ajustar e orientar as competências regionais para a empregabilidade, na busca de uma maior variedade de contactos, interações e comunicação, sendo fundamental reduzir a taxa de abandono precoce; e alargar a base económica empresarial, na demanda de economias municipais diversificadas, vitais e inovadoras (Tsouros, 1992; CCDRA, 2014).

Parte 2.

(Página propositadamente em branco)

Capítulo 3. Caracterização da Cidade de Faro

Desde os séculos passado que Ossónoba, o nome originário da atual Cidade de Faro, beneficiou da sua localização para o seu desenvolvimento e a pesca sempre foi um importante meio de subsistência devido às condições excecionais da ria de Faro (Valla, 2008).

Atualmente a Cidade de Faro «enfrenta o desafio de conseguir alcançar um maior ritmo de crescimento e um maior nível de dinamização económica, única forma de gerar novos postos de trabalho e de fixar novos residentes» (Câmara Municipal de Faro [CMF], 2013).

A análise contribui para a caracterização dos vários determinantes da saúde, nomeadamente pela apresentação de alguns indicadores que permitem verificar sectores como a educação, saúde e mobilidade.

3.1. Metodologia utilizada

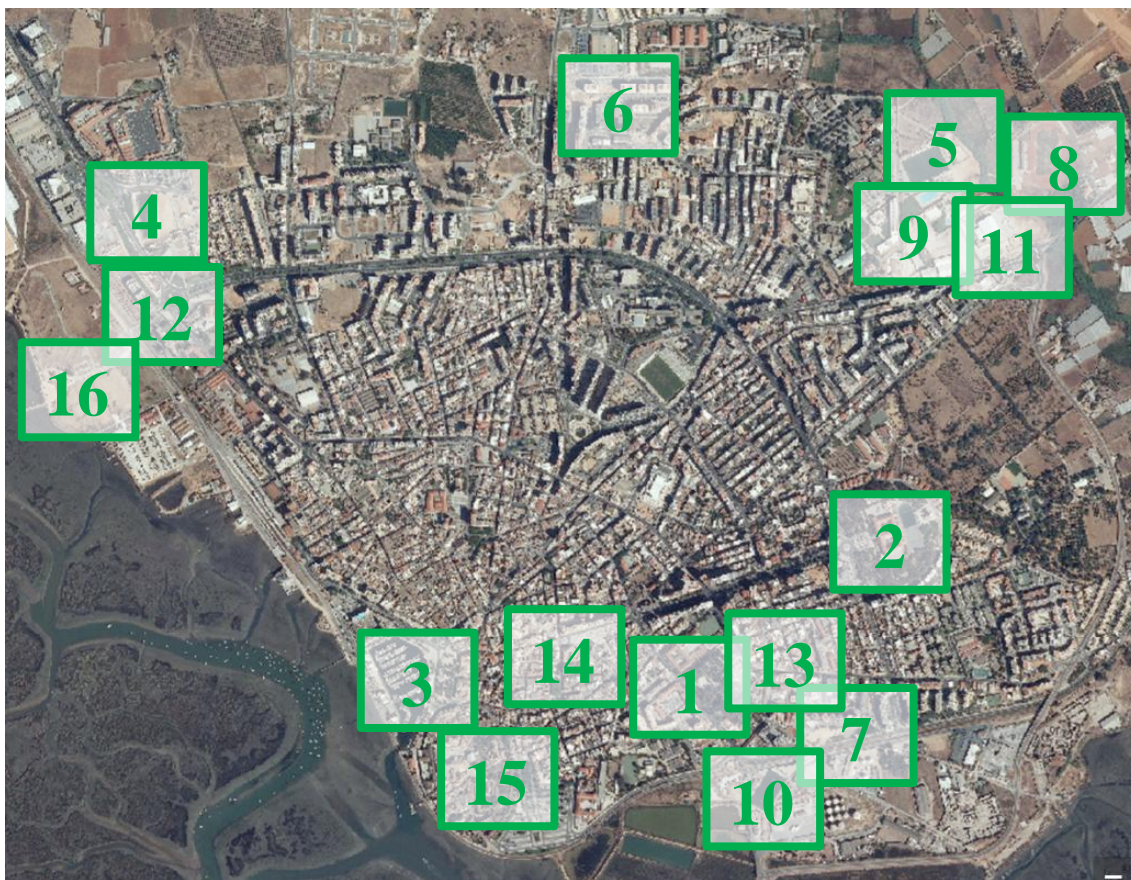
Para esta investigação foi selecionada a Cidade de Faro enquanto estudo de caso, inerente a esta seleção esteve a localização geográfica da cidade. E o facto do tema Cidades Saudáveis ser um tema praticamente inexistente em estudos sobre a cidade.

A metodologia desta investigação constitui-se por duas etapas, numa primeira etapa a análise estatística de dados que permitiram caracterizar o Município de Faro. Numa segunda etapa foi realizado um inquérito destinado à população de Faro com base nos critérios de uma Cidade Saudável, os mesmos já referidos anteriormente, que permitiu caracterizar os seus quotidianos e a sua relação com o uso dos espaços verdes e os equipamentos da cidade.

O inquérito dirigido à população de Faro teve uma amostra total de 237 indivíduos, e foi aplicado em diversos espaços públicos a cargo do município, apenas para residentes no

município, como podemos verificar no mapa seguinte (ver Figura 6). Todas as perguntas se dirigem ao inquirido direto, sendo que algumas delas englobam o agregado familiar do mesmo (estes denominam-se por inquiridos indiretos). Na tabela 4 apresenta-se a estrutura do inquérito aplicado, constando os cinco temas e todas questões relativas aos mesmos. O modelo integral encontra-se em anexo (ver Anexo III).

Figura 6 – Mapa ilustrativo dos locais onde foram aplicados os inquéritos.
(Fonte: CMF, 2015)



Notas: 1- Jardim Alameda João de Deus, 2- Jardim Mata de Santo António do Alto, 3- Jardim Manuel Bivar, 4- Parque de Lazer das Figuras, 5- Complexo Desportivo da Penha, 6- Polidesportivo do Vale da Amoreira, 7- Polidesportivo da Horta do Peres, 8- Pista de Atletismo de Faro, 9- Piscinas Municipais de Faro, 10- Campo Municipal Horta da Areia, 11- Skate Parque de Faro, 12- Teatro Municipal de Faro, 13- Biblioteca Municipal de Faro, 14- Museu Municipal, 15- Museu Regional do Algarve, 16- Parque Ribeirinho de Faro.

Tabela 4 – Estrutura do inquérito aos Residentes do Município de Faro – 2014/2015

(Fonte: própria, 2015)

Temas	Questões
1. Caracterização do agregado familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Sexo; -Idade; -Grau de parentesco; -Grau de instrução; -Situação Profissional; -Situação Socioprofissional; -Profissão Principal.
2. Mobilidade laboral-escolar do agregado familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Local de trabalho/Estudo; -Modo de deslocação; -Tempos de deslocação; -Motivo para não utilizar transportes públicos para as deslocações para o trabalho.
3. Aspetos positivos e negativos	<ul style="list-style-type: none"> -Se frequenta algum espaço público do Município de Faro ; -De 1 a 5 classificar o espaços públicos que mais gosta; -Qualificar o seu espaço preferido escolhido anteriormente; -Indicar no Município de Faro três aspetos negativos; -Indicar no Município de Faro três aspetos positivos; -Se considera que a intervenção a intervenção do Município de Faro nos espaços verdes públicos tem contribuído para melhorar a qualidade de vida da população e a imagem da cidade.
4. Saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Se dispõe de meio de transporte para se deslocar aos serviços de saúde do município de Faro; -Se sim, como se desloca até aos seguintes espaços: Hospital, Centros de saúde, Farmácia, e Clínica privada; -Se utiliza o automóvel ou se desloca a pé para todas as unidades de saúde, indicar qual o motivo da não utilização dos transportes públicos.
5. Lazer e exercício físico	<ul style="list-style-type: none"> -Atividades e tempos livres; -Se pratica ou não exercício físico; -Se sim, qual o exercício que pratica; -Quantas vezes pratica por semana (dias); -Qual a duração da prática por dia (8horas e minutos); -Se despende alguma tarifa para a realização da prática (sim ou não); -Qual o horário ideal para realização de exercício físico tendo em conta o dia-a-dia (horas); -Caso todos ou algum dos elementos do agregado familiar não praticarem exercício físico, indicar o motivo.

3.2. O Município de Faro na Região do Algarve – uma breve caracterização

3.2.1. População e estrutura demográfica

A Região do Algarve é constituída por um único distrito, o Distrito de Faro, representando um total de 67 freguesias distribuídas por 16 municípios. Localiza-se geograficamente a sul do Portugal, sendo limitada a norte pela Região do Alentejo, a este pela Região de Andaluzia, e a sul e a oeste pelo Oceano Atlântico. A divisão administrativa da região no período 2001 a 2013 desenvolveu-se da seguinte forma (ver Tabela 5):

Tabela 5 – Divisão administrativa da Região do Algarve

(Fonte: Adaptado de Censos 2011, acedido em 2013; e Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2015)

Unidades Territoriais	2001	2012	2013	Variação entre 2001-2013 (%)
Freguesias	84	84	67	-20,2
Municípios	16	16	16	0,0
NUTS III	1	1	1	0,0

De acordo com os dados apresentados, relativos ao período 2001-2013, registou-se uma diminuição do número de freguesias em aproximadamente 20% na Região do Algarve, sendo que a grande mudança ocorreu no ano de 2013 através da reorganização administrativa do território das freguesias (Decreto Lei n.º11-A/2003 de 28 de Janeiro).

A evolução da população na Região do Algarve, no período 2001-2012, registou um aumento de aproximadamente 12% contribuindo para o crescimento da população total em Portugal (ver Tabela 6). Esse contributo atribui à região um peso de 4,2% a nível nacional.

Tabela 6 – Evolução da população no período 2001-2012

(Fonte: Adaptado de Censos 2011, acedido em 2013; e Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2015)

População Residente	2001	2012	Variação da População Residente 2001-2012 (%)
Algarve	395 218	444 390	12,4
Portugal	10 356 117	10 487 289	1,3

Segundo o indicador, população residente nos grandes grupos etários (2012), verifica-se que, a classe etária dominante é a classe de 22 a 64 anos, representando 52,7% da

população por município, a classe de 64 e mais anos representa 23,5%, a classe de 0 a 14 anos representa em média 14,1% e a classe menos representada é a classe de 15 a 24 anos com 9,6% (ver Tabela 7).

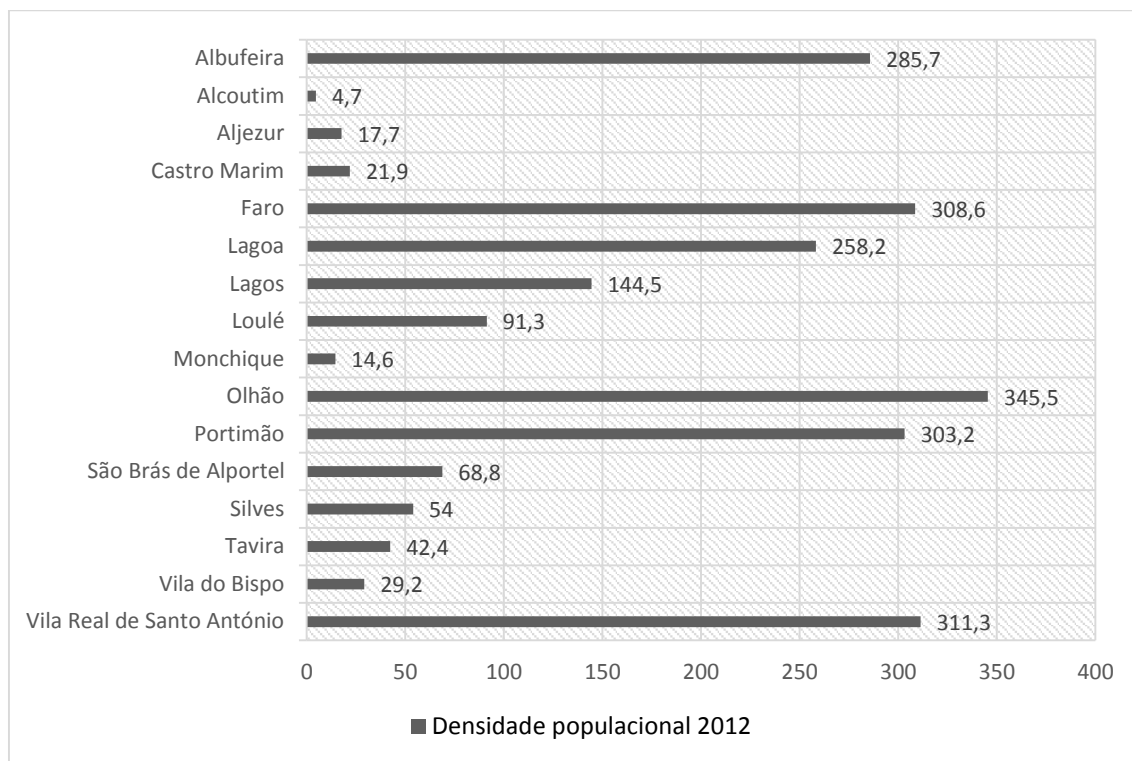
*Tabela 7 – População residente nos grandes grupos etários em percentagem – 2012
(Fonte: Adaptado de Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2015).*

População residente nos grandes grupos etários						
Municípios	Total	Total	0 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos
Albufeira	40190	100,0	16,9	10,9	57,7	14,5
Alcoutim	2725	100,0	7,6	6,3	41,9	44,2
Aljezur	5724	100,0	13,1	7,3	49,1	30,5
Castro Marim	6588	100,0	12,3	10,9	49,6	27,2
Faro	62281	100,0	15,2	9,4	56,7	18,7
Lagoa	22783	100,0	16,0	10,5	55,0	18,6
Lagos	30776	100,0	16,4	11,1	53,3	19,3
Loulé	69824	100,0	15,6	10,4	54,6	19,4
Monchique	5755	100,0	8,9	7,9	49,5	33,6
Olhão	45216	100,0	16,6	10,3	54,9	18,1
Portimão	55209	100,0	16,9	10,1	55,0	17,9
São Brás de Alportel	10552	100,0	14,7	9,8	53,8	21,7
Silves	36724	100,0	14,3	9,5	53,3	22,8
Tavira	25753	100,0	13,6	9,2	52,2	25,0
Vila do Bispo	5223	100,0	12,0	10,2	52,2	25,6
Vila Real de Santo António	19067	100,0	15,7	10,3	54,6	19,4

O indicador densidade populacional permite verificar que o Município de Faro é o terceiro aglomerado mais denso da região, com 308,6 indivíduos por quilómetro quadrado. O Município de Olhão é o município com maior densidade populacional na região. Entre os municípios com menor densidade populacional estão os Municípios de Alcoutim, de Monchique e de Aljezur (ver Figura 7).

Figura 7 – Densidade populacional – 2012

(Fonte: Adaptado de Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2015)



Um dos critérios de uma Cidade Saudável será alcançar níveis altos de saúde, onde jovens e idosos são alvos prioritários. Para este estudo é fundamental a relacionar o índice de envelhecimento e o índice de longevidade, pois, o facto de um município revelar um alto índice de envelhecimento, não significa que essa mesma população não tenha um índice de longevidade significativo. A fórmula utilizada para o cálculo do índice de longevidade, segundo o INE, concede a percentagem de população com 75 ou mais anos em relação à população com 65 ou mais anos.

Através da Tabela 8 podemos verificar que os Municípios de Alcoutim e de Monchique apresentam os mais elevados índices de envelhecimento e de longevidade. O Município de Faro apresenta um índice de envelhecimento de 123,0, isto significa que, por cada 100 jovens existem 123 idosos, valor muito mais baixo.

Comparativamente com Loulé, o município com maior população residente, ambos revelam índices de envelhecimento muito próximos, dado que Faro apresenta um índice de 123,0 e Loulé de 124,2. No entanto, ao analisar-se o índice de longevidade, constata-se que Loulé tem um índice de longevidade mais elevado em relação a Faro, sendo respetivamente 50,8 e 47,3.

Tabela 8 – Índices de envelhecimento e de longevidade por município em permilagem – 2012

(Fonte: Adaptado de Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2014)

Municípios	Índice de envelhecimento	Índice de longevidade
Albufeira	85,7	45,0
Alcoutim	581,6	63,3
Aljezur	233,6	55,0
Castro Marim	220,4	56,5
Faro	123,0	47,3
Lagoa	116,2	47,7
Lagos	117,8	50,6
Loulé	124,2	50,8
Monchique	377,2	56,8
Olhão	109,0	47,8
Portimão	106,0	47,5
São Brás de Alportel	147,6	52,6
Silves	159,3	53,7
Tavira	183,9	55,3
Vila do Bispo	213,7	51,0
Vila Real de Santo António	123,4	47,7

No ano de 2012 a Região do Algarve registou uma média de 8,4‰ na natalidade e uma média de 12,9‰ na mortalidade. Os municípios com elevadas taxas brutas de natalidade são os Municípios de Albufeira (10,6‰), de Olhão (10,2‰), de Faro (10,0‰) e de Portimão (10,0‰), e os municípios que apresentam as taxas mais inferiores são os Municípios de Monchique e de Alcoutim.

A taxa bruta de mortalidade distribui-se da seguintes forma, 27,1‰ no Município de Alcoutim, 18,0‰ no Município de Monchique e 17,4‰ no Município de Aljezur, sendo estes os municípios com as elevadas taxas bruta de mortalidade. As taxas mais baixas de mortalidade registam-se nos Municípios de Albufeira (7,8‰) e de Faro (9,7‰) (ver Tabela 9).

Tabela 9 – Taxas de natalidade e de mortalidade – 2012

(Fonte: Adaptado de Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2015)

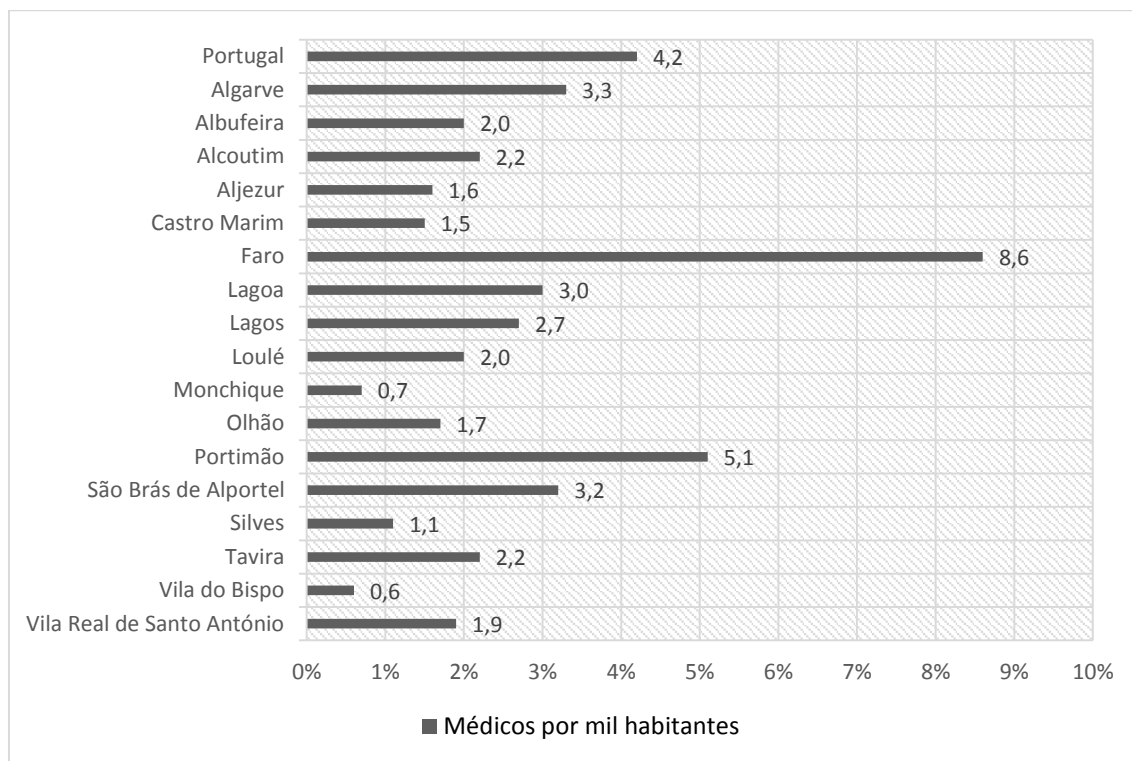
Municípios	Taxa bruta de natalidade	Taxa bruta de mortalidade
Albufeira	10,6	7,8
Alcoutim	5,1	27,1
Aljezur	8,9	17,4
Castro Marim	7,1	12,6
Faro	10,0	9,7
Lagoa	8,6	10,3
Lagos	9,0	10,0
Loulé	9,3	10,5
Monchique	3,8	18,0
Olhão	10,2	10,5
Portimão	10,0	10,7
São Brás de Alportel	8,0	12,2
Silves	9,1	12,2
Tavira	8,3	13,2
Vila do Bispo	6,5	12,8
Vila Real de Santo António	9,2	11,6

3.2.2. Equipamentos e serviços

Os serviços de saúde na Região do Algarve passam atualmente por momentos difíceis, pois a pouca atratividade de médicos e enfermeiros para a região é um problema grave. O número de médicos por mil habitantes a nível nacional é de 4,2 e na Região do Algarve é de 3,3. Este indicador demonstra que o Município de Faro tem à disposição 8,6 médicos por mil habitantes, valor acima da média regional e nacional (ver Figura 8), mas isto é porque concentra uma parte importante da oferta de serviços nomeadamente associados ao hospital central.

Figura 8 – Número de médicos por mil habitantes

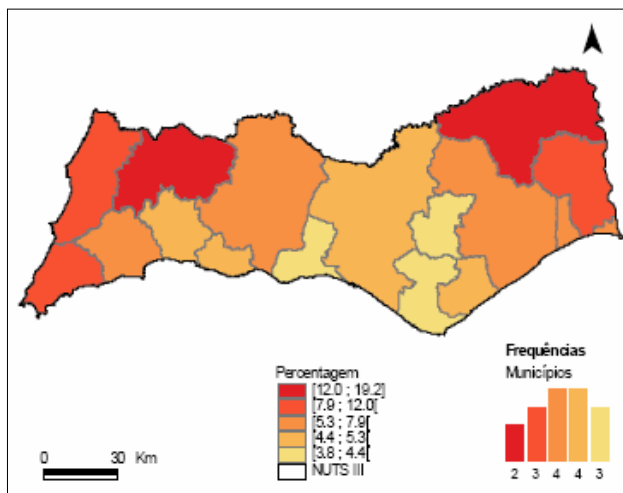
(Fonte: Adaptado de Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2015).



A educação como condição fundamental para a Cidade Saudável, implica a análise dos seguintes indicadores: taxa de analfabetismo, taxa bruta de escolarização e estabelecimentos de ensino por município.

A taxa de analfabetismo segundo o INE, concede a percentagem de população com mais de 10 ou mais anos que não sabe ler e escrever em relação a toda a população com mais de 10 anos. Os municípios do interior onde praticamente só existe população idosa apresentam os mais elevados níveis de analfabetismo. O Município de Faro, a par com os Municípios de São Brás de Alportel e de Albufeira, apresenta os níveis mais baixos para este indicador (ver Figura 9).

Figura 9 – Taxa de analfabetismo na Região do Algarve – 2011
(Fonte: Censos 2011, acedido em 2015)



A taxa bruta de pré-escolarização regista os valores mais elevados nos municípios do interior, tais como, Alcoutim, Castro Marim e Monchique. Em relação ao Município de Faro, ocorre a situação inversa, apresentando uma taxa bruta de pré-escolarização de 79,8%, revelando que muitas crianças de Faro não estão a frequentar o nível de ensino do seu grupo etário. Uma das razões é a baixa oferta de equipamentos, nomeadamente públicos, falta que as famílias compensam com a entrada mais tardia (aos 6 anos) no sistema escolar, quando há uma oferta claramente alargada.

Relativamente ao Ensino Básico, os municípios de Alcoutim e de Faro apresentam as percentagens mais elevadas da taxa bruta de escolarização. Ao nível do Ensino Secundário e Superior, a Região do Algarve apresenta no geral grandes discrepâncias entre municípios. Os municípios de Aljezur e de Castro Marim registam valores de 0,0% devido à inexistência de estabelecimentos de ensino, em oposição, os municípios de Faro e de Portimão apresentam valores de 182,0% e 176,2% a nível do Ensino Secundário e, 127,3% e 10,5% a nível do Ensino Superior. A percentagem nacional ao nível do Ensino Superior é de 32,2% (ver Tabela 10).

Tabela 10 – Taxa bruta de escolarização por ensino – 2011/2012

(Fonte: Adaptado de Anuário Estatístico da Região do Algarve 2012, acedido em 2015).

Região/Municípios	Educação Pré-Escolar	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Portugal	90,9	117,9	124,9	32,2
Algarve	81,1	119,1	124,3	18,1
Albufeira	88,3	125,0	119,4	0,0
Alcoutim	163,9	139,2	12,7	0,0
Aljezur	98,0	93,8	0,0	0,0
Castro Marim	126,9	100,7	0,0	0,0
Faro	79,8	132,1	182,0	127,3
Lagoa	92,2	118,9	56,3	0,0
Lagos	77,5	116,7	144,3	0,0
Loulé	73,1	119,5	125,4	1,3
Monchique	120,8	116,7	13,6	0,0
Olhão	72,5	110,6	81,7	0,0
Portimão	75,8	117,4	176,2	10,5
São Brás de Alportel	104,4	122,7	112,9	0,0
Silves	79,0	111,8	93,5	4,4
Tavira	89,8	114,6	123,4	0,0
Vila do Bispo	108,5	99,0	7,6	0,0
Vila Real de Santo António	79,8	125,3	173,0	0,0

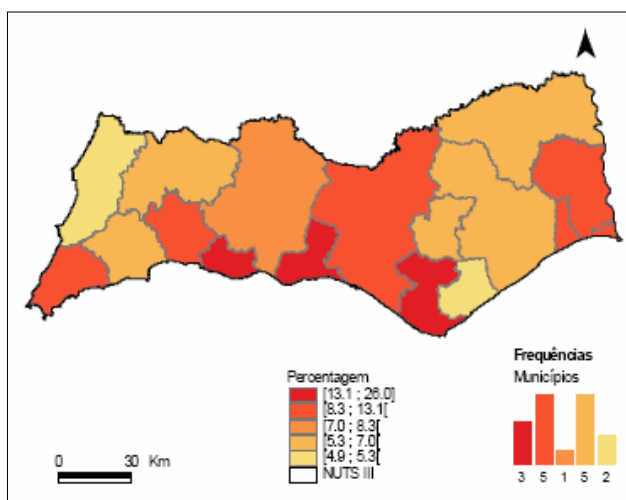
3.2.3. Mobilidade e centralidades quotidianas

Na temática dos movimentos pendulares, importa analisar a percentagem de população que entra e sai da região e as interações regionais, e relacionar estes com o tempo médio por deslocação pendular, sabendo à partida que o meio transporte mais utilizado na região é o automóvel ligeiro de passageiros.

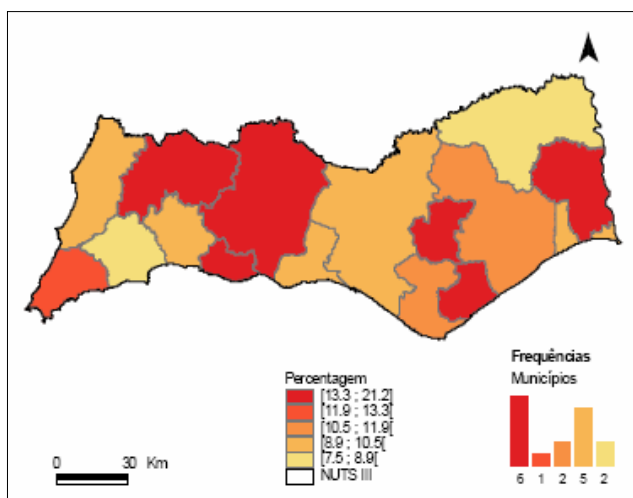
O balanço da população que entra e sai do Município de Faro é positivo, existindo um maior número de população a entrar diariamente do que a sair do Município. Este facto acontece devido ao município ser rico em serviços, como por exemplo delegações regionais e oportunidades de trabalho (ver Figuras 10 e 11). As condições de habitação são boas mas os preços para as adquirir são elevados para a maioria da população residente, levando-as a deslocarem-se para cidades de municípios vizinhos, nomeadamente para o Município de Olhão.

Segundo o INE, a percentagem de população que trabalha ou estuda numa unidade territorial e reside noutra em relação à população residente na unidade territorial determina a percentagem de população que entra na região. Para determinar a percentagem de população que sai da região, aplica-se a relação entre a população que trabalha ou estudo noutra unidade territorial e reside na unidade territorial com a população residente na unidade territorial.

*Figura 10 – Percentagem de população que entra por município – 2011
(Fonte: Censos 2011, acedido em 2015)*



*Figura 11 – Percentagem de população que sai por município – 2011
(Fonte: Censos 2011, acedido em 2013)*



Apesar deste padrão que o custo de habitação em parte promove, o Município de Faro continua a ser o maior polo dinamizador da região, através da sua diversidade de serviços. Não sendo um município de características viradas para o turismo, Faro requer

destes serviços para se diferenciar de outros municípios. O Município de Faro, em conjugação com o Município de Olhão, são os principais pontos de interações da região funcional (ver Figura 12).

Figura 12 – Movimentos pendulares/interações regionais
(Fonte: Censos 2011, acedido em 2015).

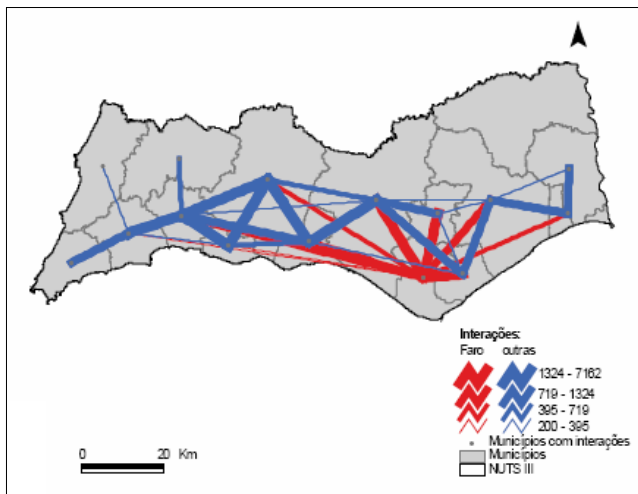
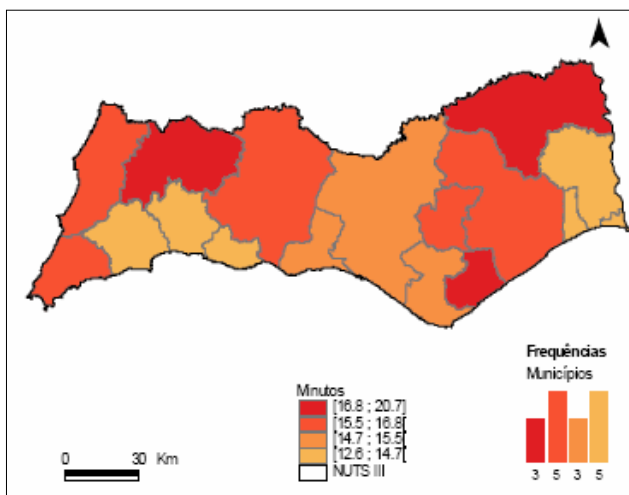


Figura 131 – Tempo médio por deslocações – 2011
(Fonte: Censos 2011, acedido em 2015).



Relacionando estes fatores com o tempo médio por deslocações chega-se à conclusão que o desvio de população residente para municípios vizinhos promove o aumento do tempo médio de deslocação (ver Figura 13). Caso os cidadãos residissem no mesmo município onde exercem a sua profissão, o tempo das deslocações seria inferior bem como a utilização do automóvel que provavelmente seria reduzida. O tempo médio por deslocações de um indivíduo que resida no Município de Faro é entre 14,7 a 15,5

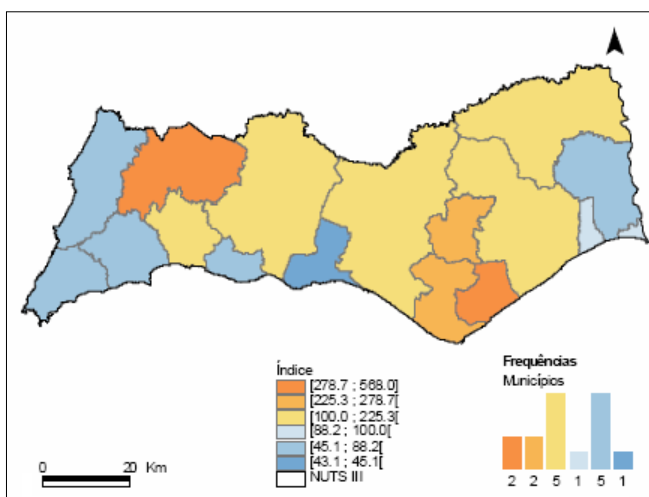
minutos. Nos municípios do interior o tempo médio varia entre 16,8 e 20,7 minutos, pois muitos deslocaram-se para municípios vizinhos.

3.2.4. Habitação

Para concluir a fundamentação do caso de estudo será analisada a qualidade de habitação, pois este indicador enquadra-se nos critérios de uma cidade saudável, como um elemento fundamental para um ambiente físico de alta qualidade, limpo e seguro. Nesta última análise será necessário conjugar o índice de envelhecimento dos edifícios e o estado de conservação dos edifícios.

O índice de envelhecimento dos edifícios, segundo o INE, concede a percentagem de edifícios construídos até 1960 em relação aos edifícios construídos após 2001. O Município de Faro encontra-se no grupo de municípios com elevado um índice de envelhecimento dos mesmos, em contraste com os municípios desenvolvidos mais recentemente, como é o caso de Albufeira (ver Figura 14).

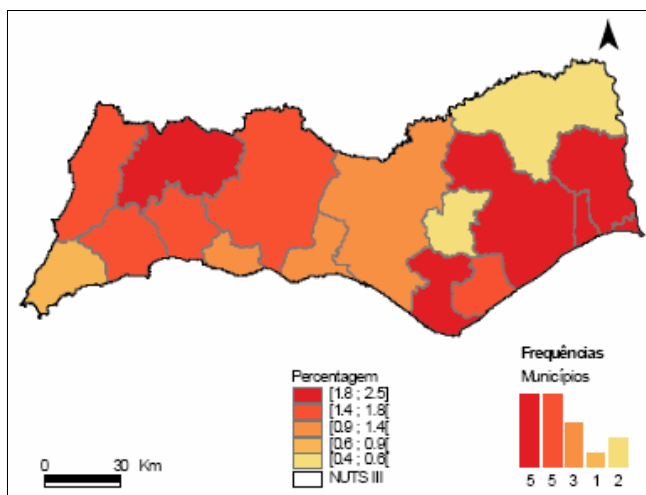
Figura 14 – Índice de envelhecimento dos edifícios – 2011
(Fonte: Censos 2011, acedido em 2013).



Para perceber a real qualidade do ambiente físico será de grande importância agregar este índice ao índice de conservação dos edifícios. Para isso, foi utilizada a percentagem de edifícios muito degradados. Referente ao ano de 2011, o Município de Faro

apresentou uma percentagem acima de 1,8, em 2,5 possíveis, de edifícios muito degradados (ver Figura 15). Este índice concede a percentagem dos edifícios muito degradados em relação ao número total de edifícios do município.

Figura 15 – Percentagem de edifícios muito degradados – 2011
(Fonte: Censos 2011, acedido em 2013).



Conjugando o índice de envelhecimento dos edifícios, a percentagem de edifícios muito degradados e ainda o alto custo de habitação no Município de Faro conclui-se que, o grande número de edifícios envelhecidos onde a maioria deles são de elevado estado de degradação, qualifica o ambiente físico do município como de baixa qualidade. Ao ser assumido o compromisso com a saúde com o objetivo de se alcançar uma Cidade Saudável, este seria um sector a ser alvo de atuação.

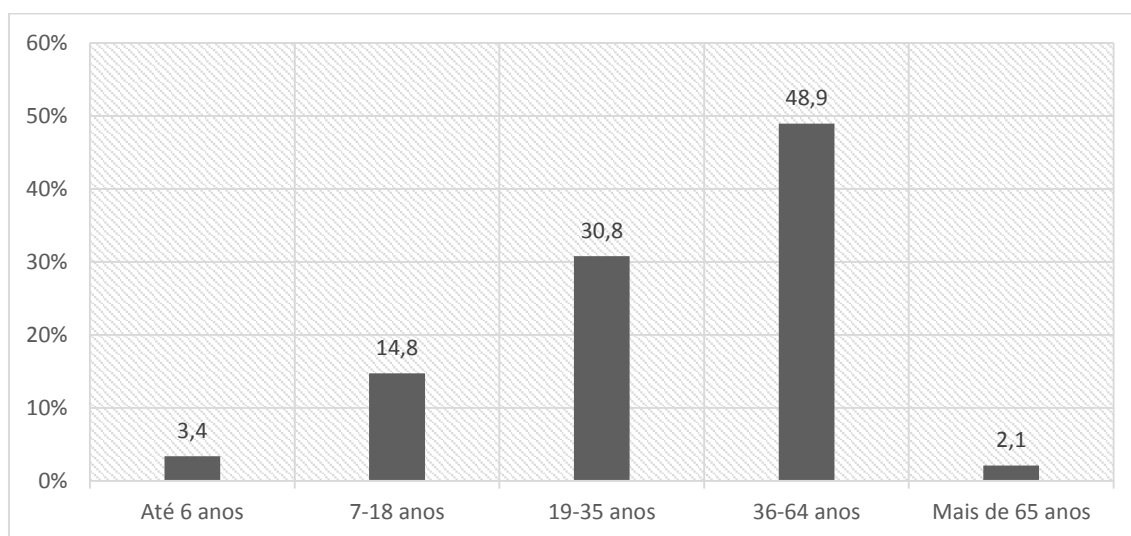
3.3. Os quotidianos dos residentes e o seu padrão de procura de espaços públicos e equipamentos de lazer

3.3.1. Caracterização dos agregados familiares da amostra

A amostra é constituída por 237 indivíduos sendo que 82 foram inquiridos diretamente e 155 indiretamente, pois correspondem aos agregados familiares dos inquiridos diretos. Relativamente à repartição da amostra por sexo, verifica-se uma coerência, ainda que a percentagem de mulheres prevaleça com 56,5% relativamente aos homens com 43,5%.

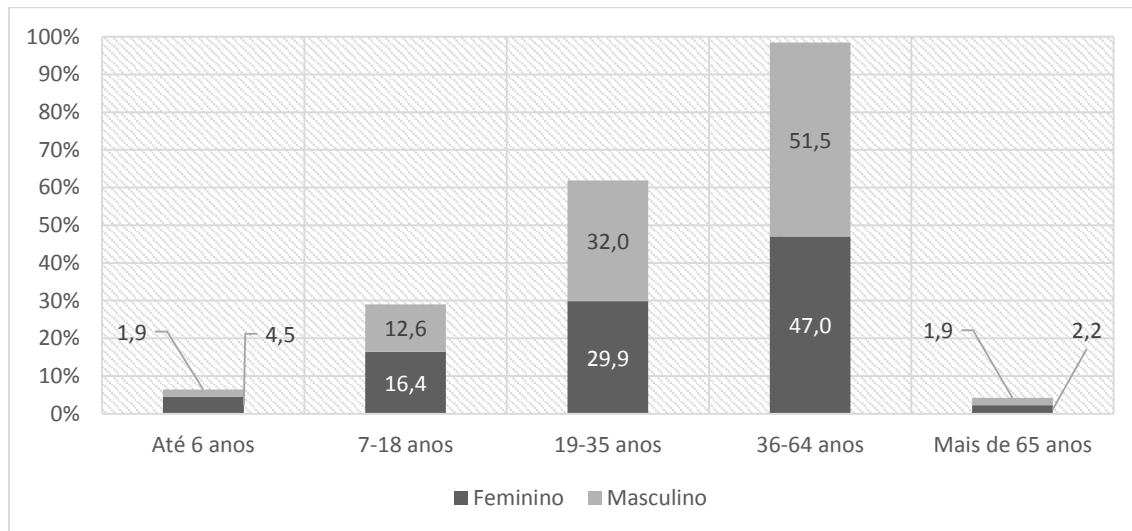
Verifica-se através da figura seguinte que a classe etária com maior representação na amostra é a dos adultos com idades compreendidas entre os 36 e os 64 anos com 48,9%, os jovens adultos dos 19 aos 35 anos integram a segunda classe com maior proporção, de 30,8%. Os jovens também estão representados num total de 18,2%, sendo que dos 7 aos 18 anos representam 14,8% e as crianças até aos 6 anos com 3,4%, a classe etária com menor representatividade é a dos maiores de 65 anos com 2,1%. Comparando os valores da amostra dos inquiridos com o total de população residente verificamos que a população inquirida é bastante menos envelhecida. A classe etária dos mais de 65 anos representa apenas 2,1% relativamente aos 18,7% do total. Contudo, este desafio foi intencional pois procurou-se privilegiar a análise dos hábitos da população ativa num quadro familiar, verificando a relação das famílias com o espaço e equipamento público da cidade (ver Figura 16).

*Figura 16 – Classes etárias dos indivíduos da amostra
(Fonte: Inquérito, 2015)*



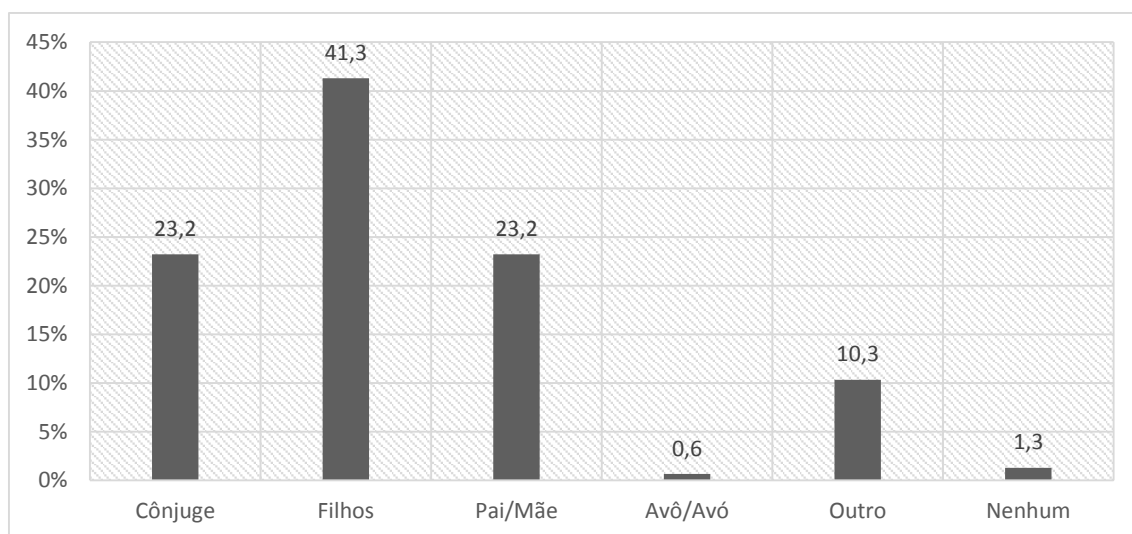
No que diz respeito às classes etárias por sexo, verifica-se que o sexo feminino prevalece nas classes etárias com menor representatividade da amostra, e nas classes com maior proporção de inquiridos existe maior percentagem do sexo masculino, no entanto, as diferenças não são na sua maioria significativas (ver Figura 17).

Figura 17 – População por classes etárias e por sexo
(Fonte: Inquérito, 2015)



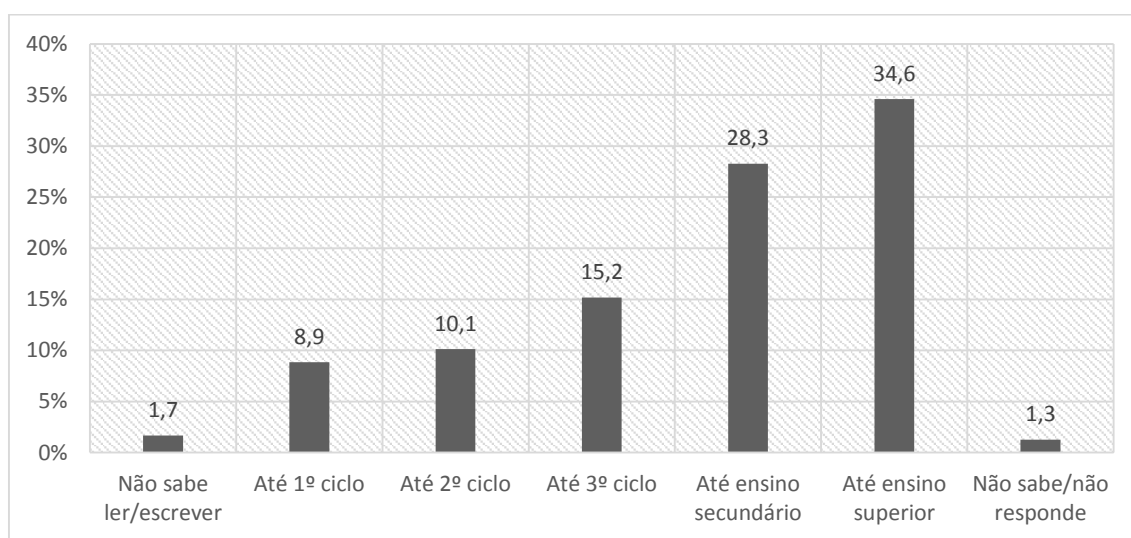
Na figura seguinte analisa-se o grau de parentesco dos inquiridos indiretos relativamente aos inquiridos diretos, sendo que os inquiridos diretos não estão aqui contabilizados. As relações de parentesco com os inquiridos diretos são as seguintes: 23,2% dos indivíduos inquiridos indiretamente são cônjuges do respetivo inquirido direto, sendo exatamente a mesma percentagem do parentesco pai ou mãe do inquirido. O parentesco filhos do inquirido é o que conta com maior percentagem, de 41,3%, na categoria de outro englobam-se 10,3% e na de avô ou avó do inquirido apenas 0,6% (ver Figura 18).

Figura 18 – Grau de parentesco dos indivíduos inquiridos indiretamente (não inclui os inquiridos diretos)
(Fonte: Inquérito, 2015)



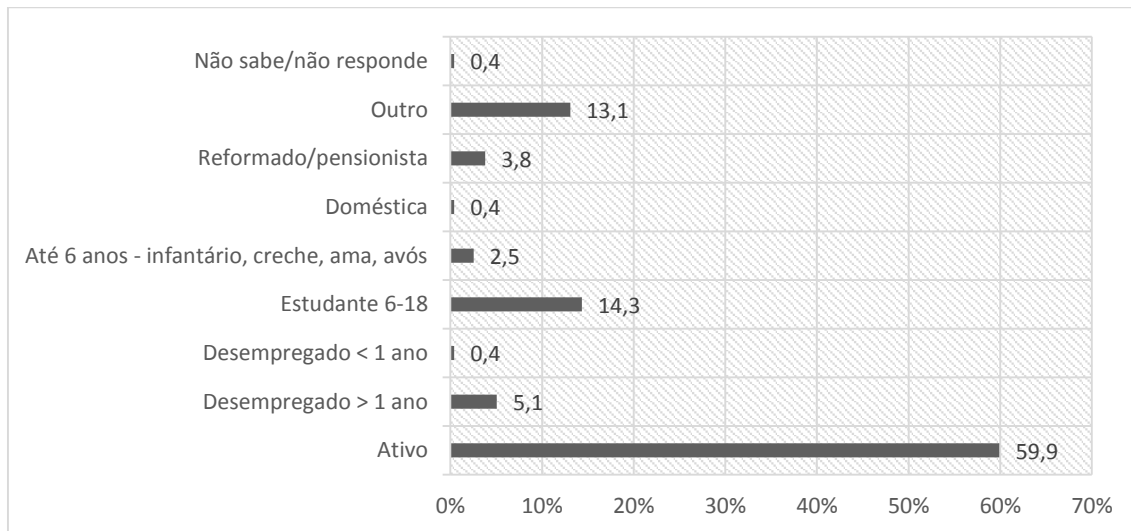
Analisando o grau de instrução de todos os inquiridos da amostra verifica-se que a grande maioria possui um grau de instrução elevado, nomeadamente, no Ensino Secundário (28,3%) ou no Ensino Superior (34,6%), representando um total de 62,9%. Um total de 34,2% dos inquiridos possui grau de instrução inferior, do 1º ao 3º Ciclo do Ensino Básico. Verifica-se nesta amostra, a existência de uma percentagem ainda que mínima, de analfabetismo, 1,7% dos inquiridos não sabem ler nem escrever, porém, esta percentagem refere-se a crianças com idade inferior a 7 anos (ver Figura 19).

Figura 19 – Grau de instrução dos indivíduos da amostra
(Fonte: Inquérito, 2015)



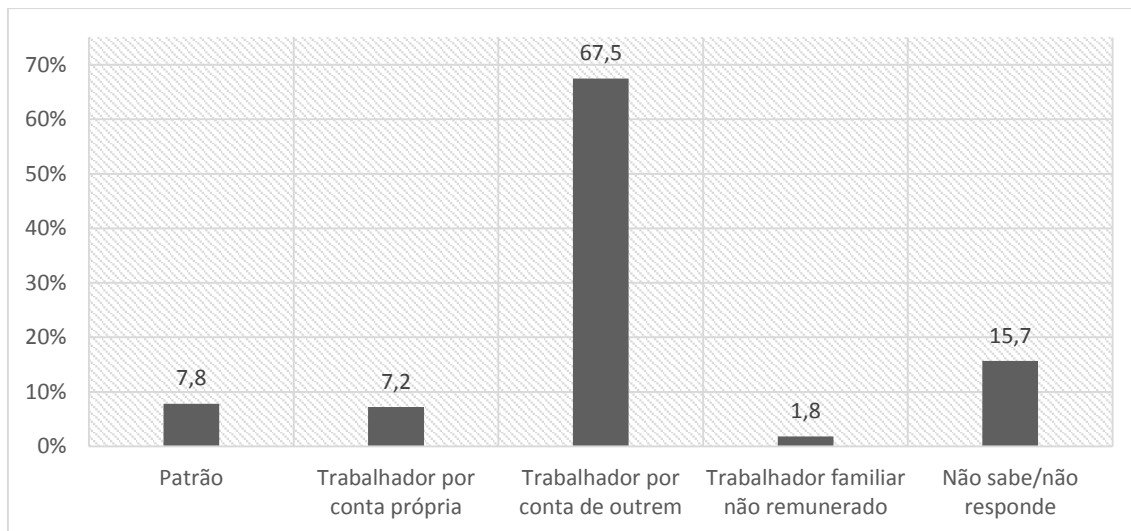
Quanto à situação socioprofissional a maioria dos inquiridos da amostra são ativos (59,9%), 14,3% são estudantes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, no total de inquiridos, existe apenas 5,5% de desempregado, 3,8% são pessoas reformadas ou pensionistas, 0,4% são domésticas, 2,5% correspondem a crianças com idades inferiores a 7 anos, que ficam com os avós, ou frequentam amas, creches ou infantários e 13,1% que correspondem à categoria «outros» (estudantes com idades superiores a 18 anos) (ver Figura 2).

Figura 20 – Situação socioprofissional da população em estudo
(Fonte: Inquérito, 2015).



Dos indivíduos ativos, a sua maioria trabalha por conta de outrem, contando com um peso de 67,5%. Nas categorias de Patrão e de Trabalhador por conta própria, a proporção é muito semelhante, porém, muito baixa, sendo respetivamente 7,8% e 7,2%. Quanto aos trabalhadores familiares não remunerados integram 1,8% da amostra dos inquiridos ativos (ver Figura 21).

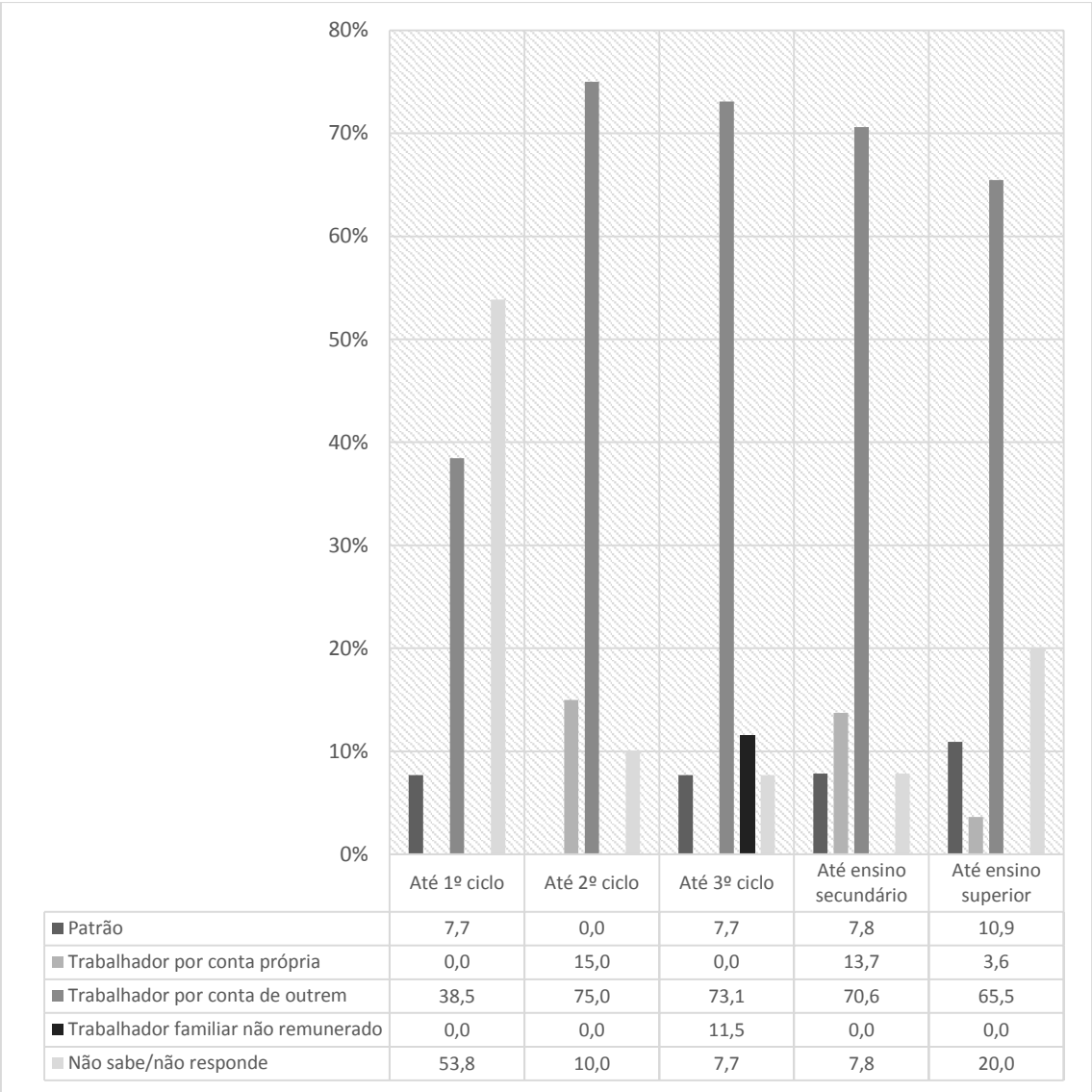
Figura 212 – Situação profissional da população em estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)



Relacionando o grau de instrução com a situação profissional, verifica-se em todos os ciclos de escolaridade, sem exceção, que a grande maioria dos inquiridos trabalha por conta de outrem. Dos indivíduos com escolaridade até ao 1º ciclo estão 38,5% nessa situação profissional, e apenas 7,7% são patrões, com o 2º ciclo apenas 15% trabalha

por conta própria, com o 3º ciclo 11,5% são trabalhadores familiares não remunerados e apenas 7,7% são patrões. Com o Ensino Secundário existem 13,7% de trabalhadores por conta própria e 7,8% são patrões. No Ensino Superior existe uma proporção mais elevada de patrões, nomeadamente 10,9, porém, apenas 3,6% trabalham por conta própria (ver Figura 22).

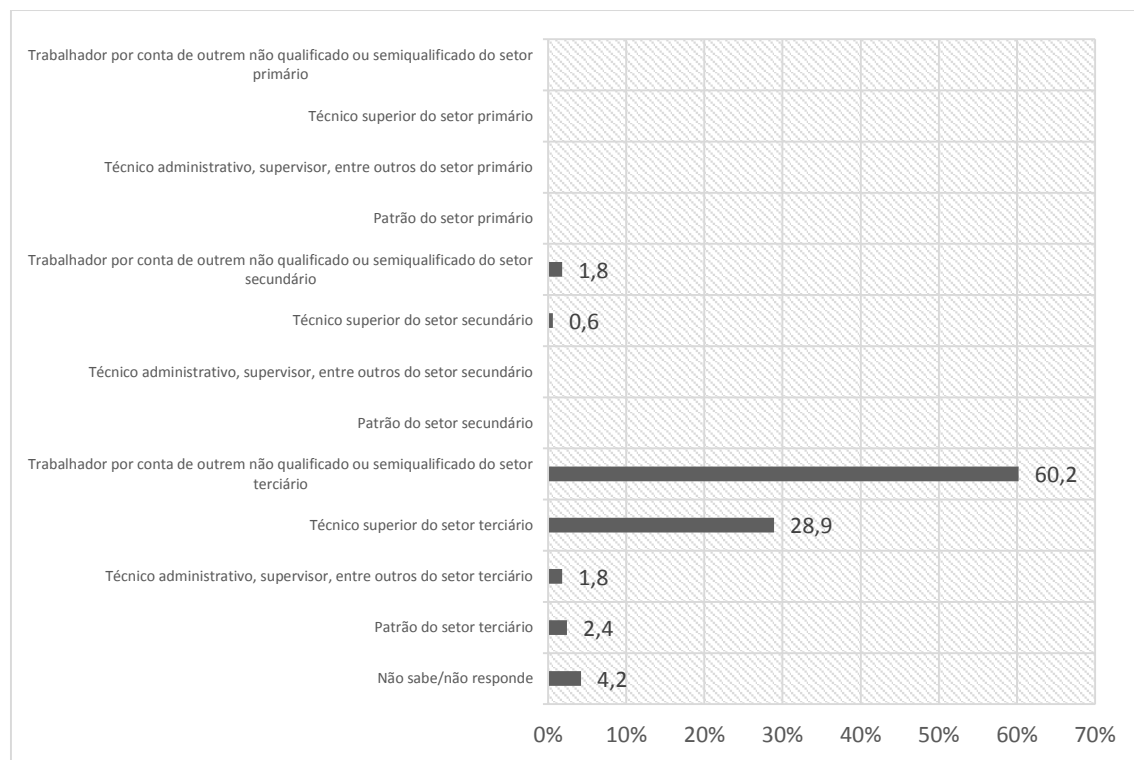
Figura 223 – Grau de instrução segundo a situação profissional da população em estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)



Apresenta-se na Figura 23 as situações na profissão exercidas pelos indivíduos inquiridos, sendo as profissões do sector terciário as que englobam a grande maioria dos indivíduos da amostra, nomeadamente os trabalhadores por conta de outrem não qualificados ou semiquualificados do sector terciário com 60,2% e os técnicos superiores

do sector terciário com 28,9%. Os patrões do sector terciário integram 2,4% da amostra e com o mesmo peso apresentam-se os trabalhadores por conta de outrem não qualificados ou semiquualificados do sector secundário e os técnicos administrativos, superior, entre outros do sector terciário, com 1,8%.

*Figura 234 – Situação na profissão principal da população em estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)*

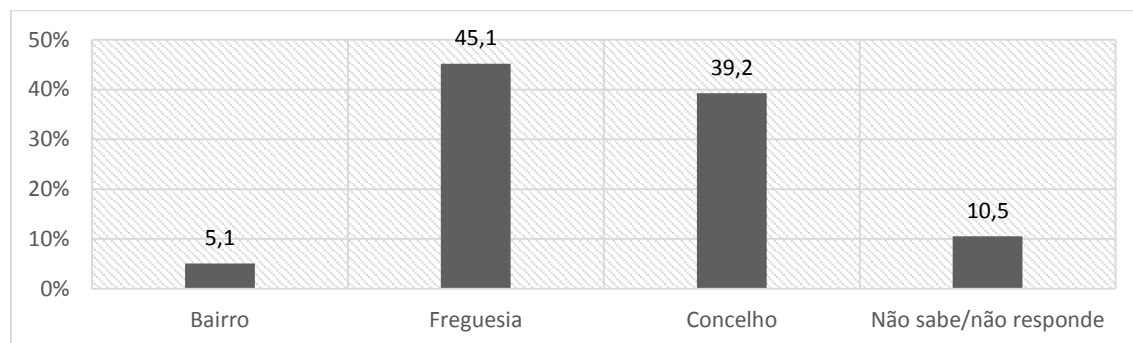


3.3.2. Mobilidade laboral-escolar do agregado familiar

Quanto ao local de trabalho ou estudo dos inquiridos verifica-se pela Figura 24, que a maioria dos inquiridos trabalha ou estuda na freguesia (45,1%) ou no Concelho (39,2%) e apenas trabalha ou estuda no Bairro onde reside (5,1%).

Figura 24 – Local de trabalho ou estudo da população em estudo

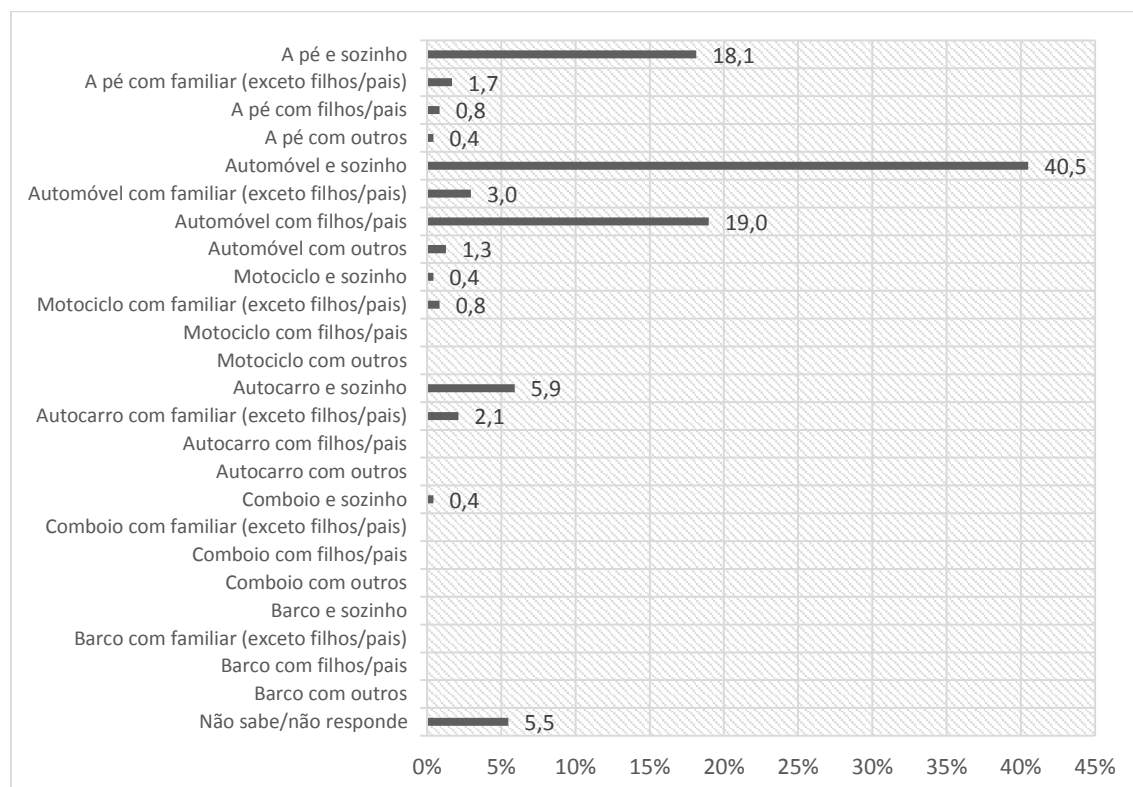
(Fonte: Inquérito, 2015)



Através da Figura 25 constata-se que o modo de deslocação que a maioria dos inquiridos utiliza diariamente é o automóvel, usando-o apenas com um ocupante (40,5%), sendo que os restantes modos de deslocação já apresentam proporções muito inferiores; de automóvel transportando filhos ou pais (19%), a pé e sozinho (18,1%), de autocarro e sozinho (5,9%) e de autocarro e com familiar (exceto filhos ou pais) (2,1%). As restantes opções como o barco, o comboio ou o motociclo revelaram ser muito pouco ou nada mencionadas pelos inquiridos da amostra, o que é normal face ao concelho em estudo.

Figura 25 – Modo de deslocação da população em estudo

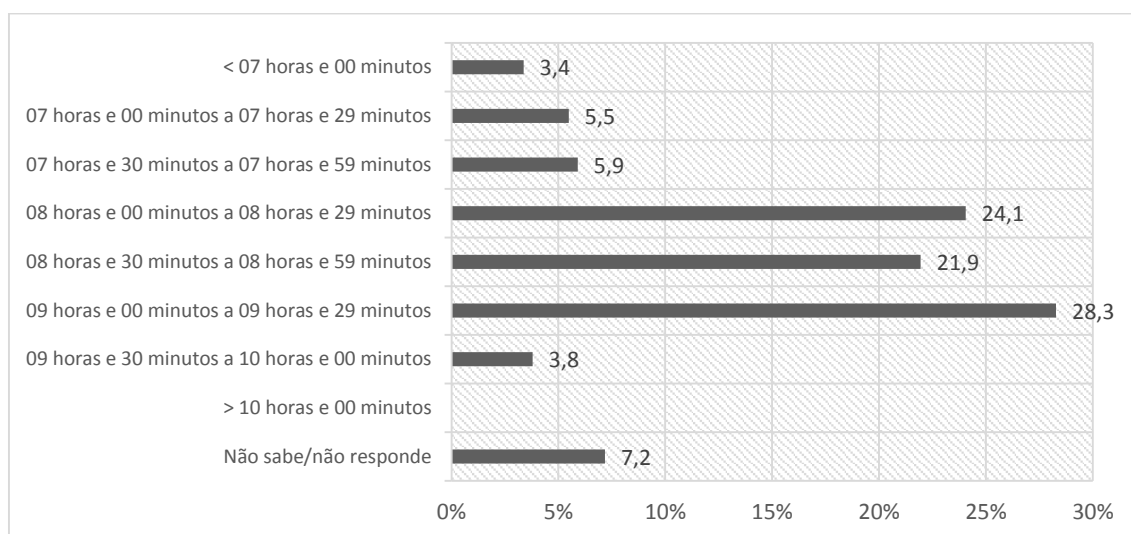
(Fonte: Inquérito, 2015)



Relacionando o local de trabalho ou estudo e o modo de deslocação, fica evidente que, devido aos locais de trabalho ou estudo se distribuírem na maioria para freguesia ou concelho, os indivíduos em estudo, face aos transportes públicos existentes, sejam obrigados a utilizar transporte particular.

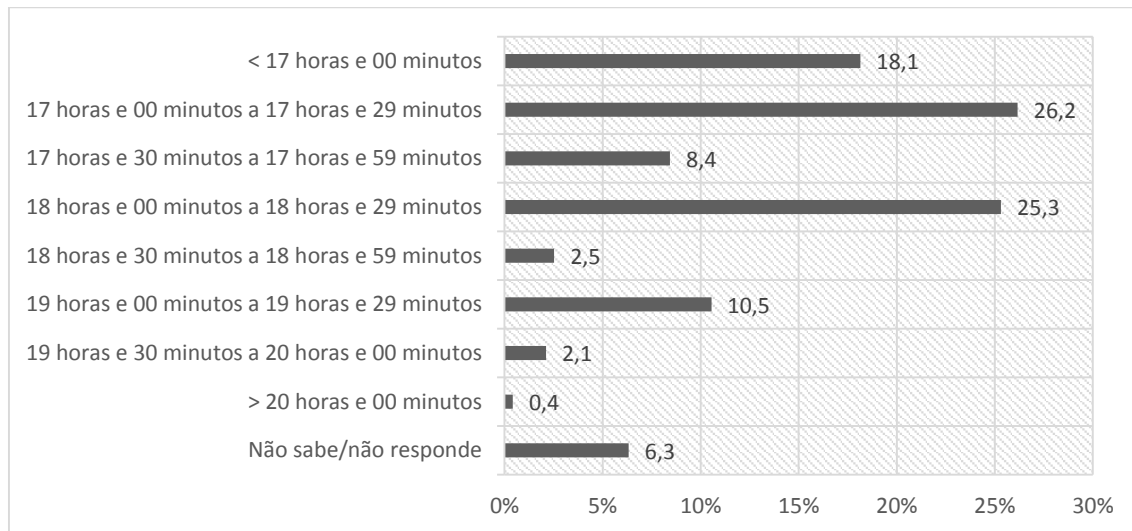
A hora inicial da manhã em que cerca de 1/3 dos inquiridos sai de casa é entre as 9 horas e as 9 horas e 29 minutos (28,3%), porém, com pesos muito próximos estão as 8 horas e as 8 horas e 29 minutos (24,1%) e também, as 8 horas e 30 minutos e as 8 horas e 59 minutos (21,9%). A proporção de inquiridos que saem de casa nos horários mais primórdios é mínima, desde as 7 horas até às 7 horas e 59 minutos gerando um total de apenas 14,8%, bem como, o horário das 9 horas e 30 minutos às 10 horas integra apenas 3,8% da amostra (ver Figura 26).

Figura 265 – Hora inicial de saída para o trabalho ou estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)



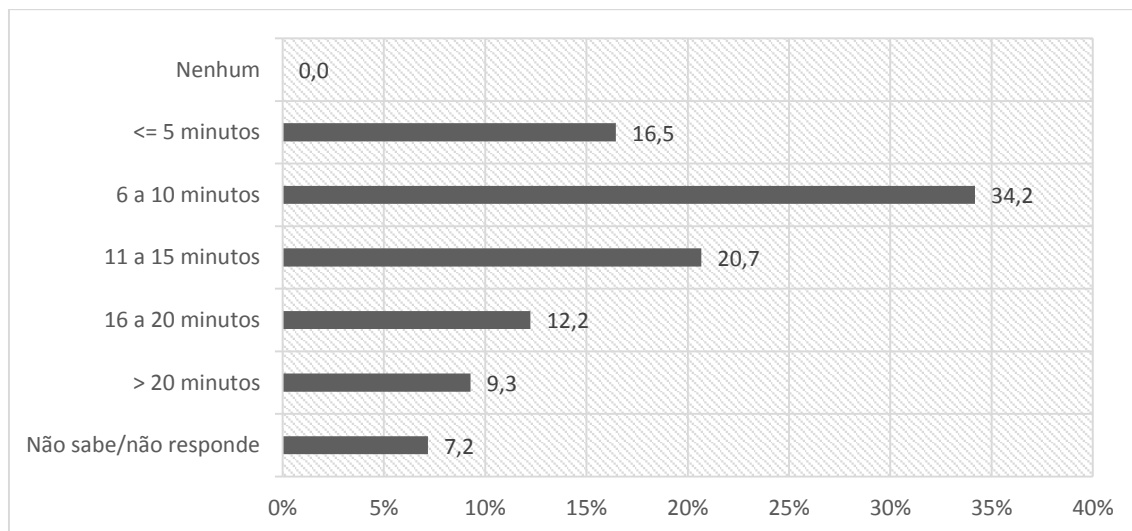
No regresso a casa destacam-se dois horários mais frequentemente utilizados pelos inquiridos, o das 17 horas às 17 horas e 29 minutos (26,2%) e o das 18 horas às 18 horas e 29 minutos (25,3%), seguidamente, e por ordem de escolha decrescente, está o horário das 17 horas (18,1%) e o das 19 horas às 19 horas e 29 minutos (10,5%). Os restantes horários demonstram-se assim pouco consideráveis, dada a mínima seleção por parte dos inquiridos (ver Figura 27).

Figura 27 – Hora final de regresso do trabalho ou estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)



Quanto ao tempo de deslocação de manhã, os inquiridos afirmaram maioritariamente demorar entre 6 a 10 minutos (34,2%), seguidamente e por ordem de escolha decrescente está o intervalo de 11 a 15 minutos (20,7%), 5 minutos (16,5%), 16 a 20 minutos (12,2%) e mais de 20 minutos (9,3%) (ver Figura 28).

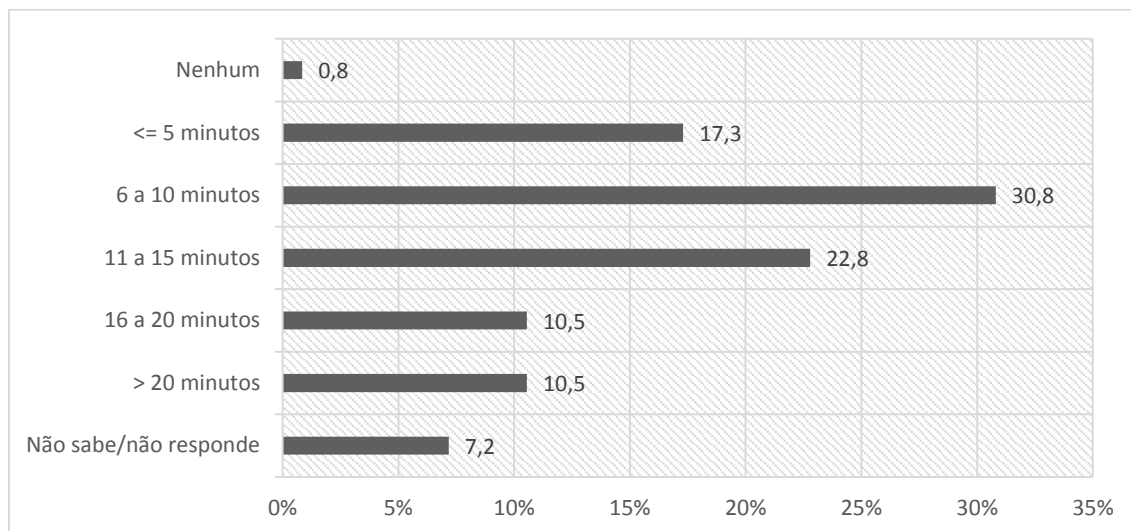
Figura 28 – Tempo de deslocação de manhã da população em estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)



Durante a tarde, o tempo de deslocação mais seleccionado pelos inquiridos foi o mesmo que durante a manhã, afirmam demorar de 6 a 10 minutos para voltar a casa (30,8%), como segunda escolha com maior peso esta o intervalo de 11 a 15 minutos (22,8%), 5

minutos (17,3%), de 16 a 20 minutos ou mais de 20 minutos integram o mesmo peso da amostra (respetivamente 10,5%) (ver Figura 29).

Figura 296 – Tempo de deslocação de tarde da população em estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)

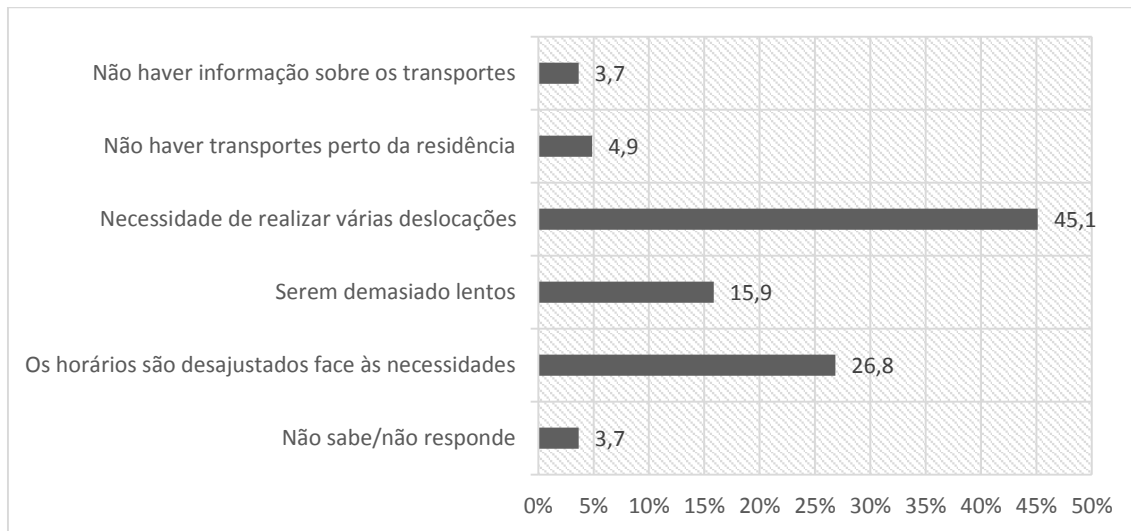


Os inquéritos revelaram que, a maioria da população em estudo desloca-se de automóvel face à distância aos locais de trabalho ou estudo; a hora inicial de saída para o trabalho ou estudo da maioria da população em estudo foi entre as 08 horas e 00 minutos e as 09 horas e 30 minutos e demora entre 6 a 10 minutos na deslocação. No final do dia, os horários de saída predominantes foram entre as 17 horas 00 minutos e as 17 horas e 29 minutos e entre as 18 horas 00 minutos e as 18 horas e 29 minutos, com tempo de deslocações entre 6 a 10 minutos.

Estes são tempos curtos, característicos de uma cidade média, onde a circulação rodoviária flui, o que permite desenvolver várias atividades após o regresso a casa, reunindo-se as condições para a prática desportiva, e o desenvolvimento de outras atividades de lazer.

Como se verifica pela Figura 30, em relação à não utilização dos transportes públicos os inquiridos referiram seis principais motivos todos eles distintos, tendo sido o motivo mais mencionado a necessidade de realizar várias deslocações (45,1%), seguidamente com menor peso, o facto de os horários dos transportes serem desajustados face às necessidades do inquirido (26,8%), serem demasiado lentos (15,9%), não haver transportes perto da residência do inquirido (4,9%), e não haver informação sobre os transportes (3,7%).

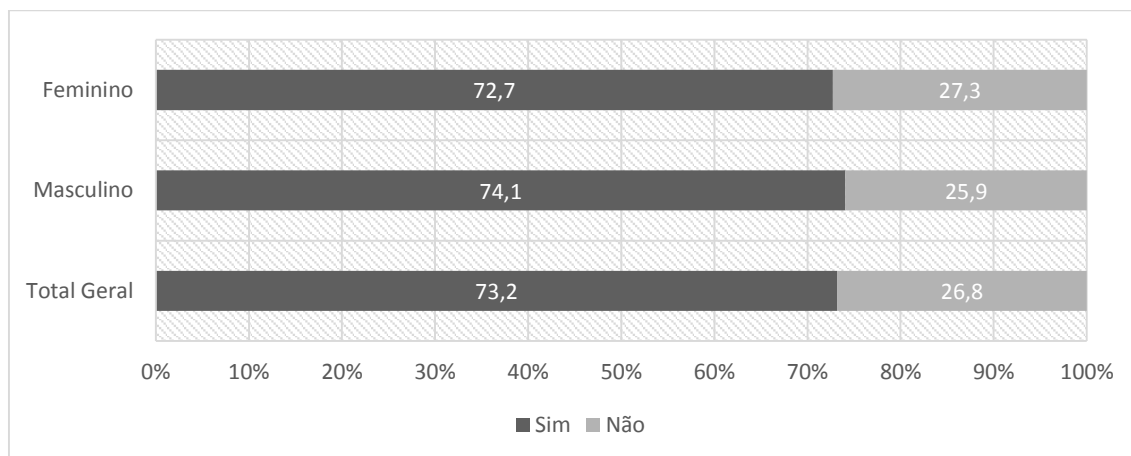
Figura 30 – Principal motivo da não utilização de transportes públicos pelos inquiridos
(Fonte: Inquérito, 2015)



3.3.3. Espaços públicos e equipamentos

Fazendo referência aos espaços e equipamentos públicos promovidos pela Câmara Municipal de Faro, a maioria dos inquiridos afirmou frequentar pelo menos um espaço e equipamento público. Isto verifica-se em ambos os sexos, sendo que apresentam proporções muito semelhantes, 72,7% das mulheres afirmaram que sim e apenas 27,3% afirmaram que não, e os homens 74,1% afirmaram que sim e apenas 25,9% afirmaram que não (ver Figura 31). Os espaços e equipamentos públicos do município de Faro que integraram este estudo enquadram-se nas categorias de espaço verdes, polidesportivos e espaços culturais e recreativos. Os resultados demonstram que o investimento por parte do município nestes espaços influencia o quotidiano da população em estudo.

Figura 31 - Frequência de espaços e equipamentos públicos do Município de Faro pelos inquiridos
(Fonte: Inquérito, 2015)

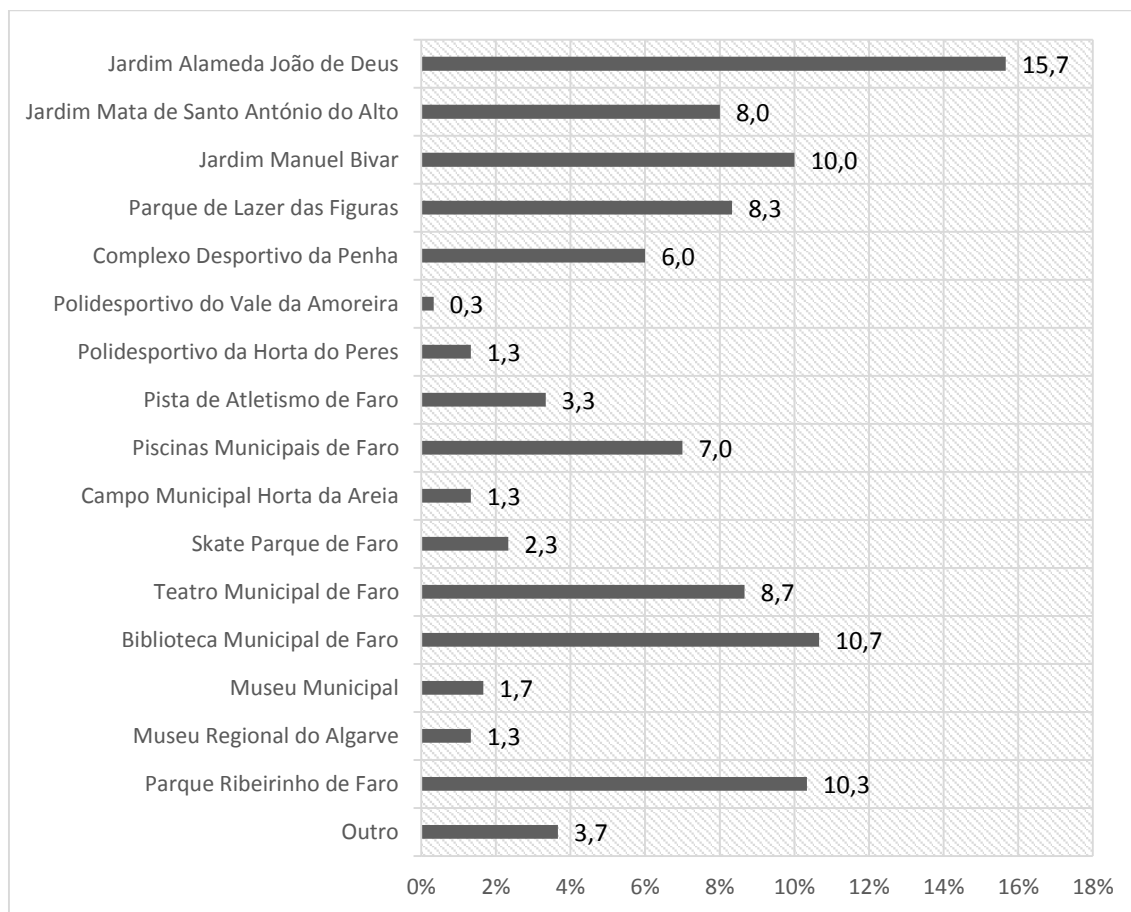


Quanto ao indicador seleção dos espaços e equipamentos públicos, este considerou cinco respostas, onde os inquiridos referiam os cinco espaços e equipamentos, de 1 a 5 da sua preferência, sendo 1 o preferido. A Figura 32 traduz a hierarquia final de todas as repostas de todos os inquiridos.

Assim, podemos verificar que no total o espaço e equipamento público que obteve uma percentagem maior de eleição, foi o Jardim da Alameda com 15,7%, seguidamente a Biblioteca Municipal com 10,7%, o Parque Ribeirinho de Faro com 10,3%, o Jardim Manuel Bivar com 10,0%. E ainda, o Teatro Municipal de Faro com 8,7%, o Parque de Lazer das Figuras com 8,3%, o Jardim Mata de Santo António do Alto com 8,0%, as Piscinas Municipais de Faro com 7,0%, o Complexo Desportivo da Penha com 6,0%, a Pista de atletismo de Faro com 3,3%, o Skate Parque com 2,3%, o Museu Municipal com 1,7%, o Museu Regional do Algarve, o Polidesportivo da Horta do Peres e o Campo Municipal Horta da Areia com 1,3%, sendo o Polidesportivo Vale da Amoreira o que foi menos escolhido, com apenas 0,3%.

A categoria «Outro», que representa 3,7% desta análise, reúne uma seleção de espaços que os inquiridos enumeraram e que não contam dos dezasseis espaços incluídos no inquérito. Como exemplo, o Fórum Algarve, Praia de Faro ou Ludo de Faro.

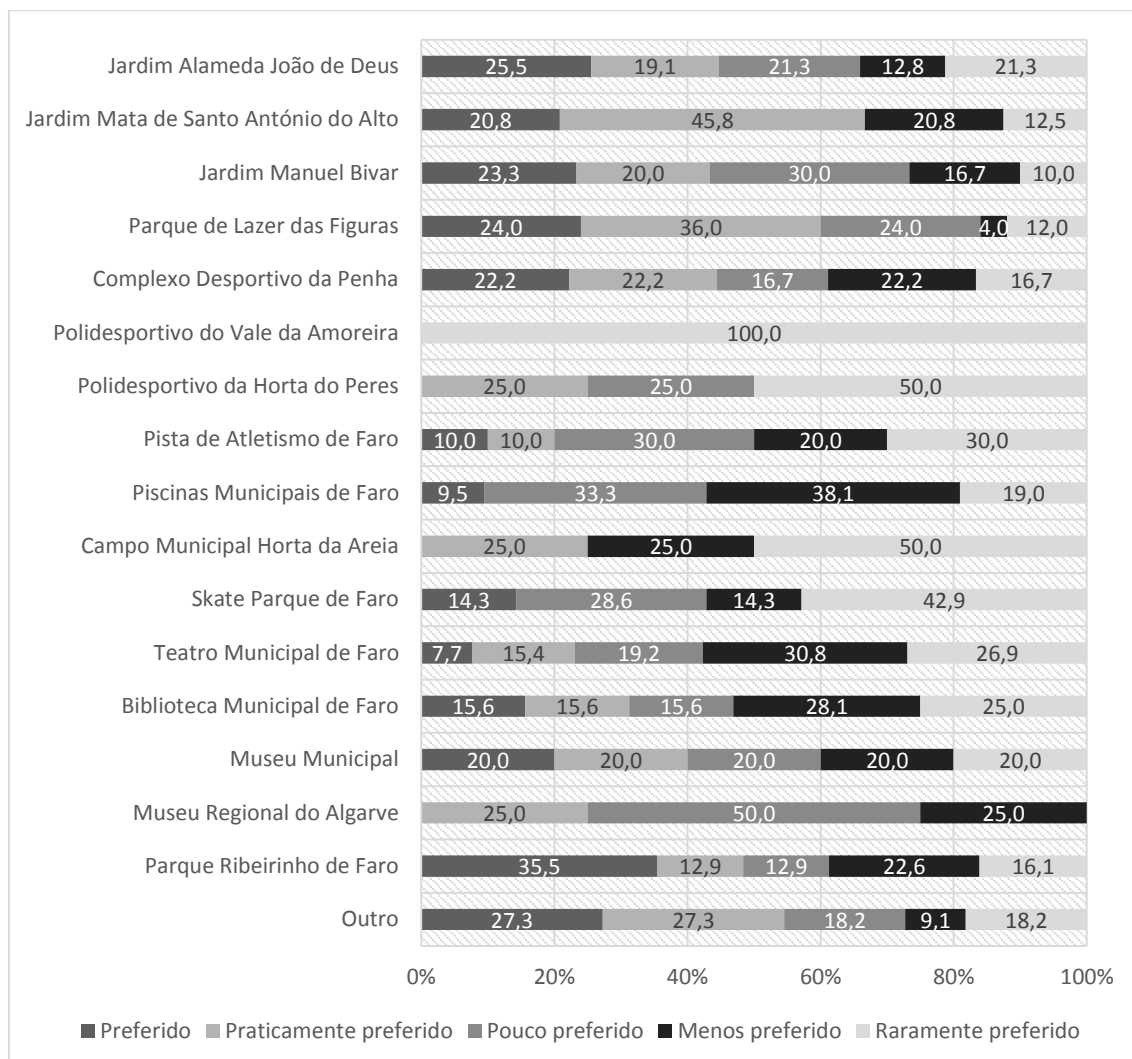
Figura 32 – Seleção dos espaços e equipamentos públicos do Município de Faro pelos inquiridos – total
(Fonte: Inquérito, 2015)



A figura seguinte (ver Figura 33) apresenta a seleção dos espaços e equipamentos públicos do município pelos inquiridos por categorização. Este indicador levou aos inquiridos a escolherem quais os seus cinco espaços preferidos, numa categorização de «raramente preferido» a «preferido», sendo a categoria «preferido» alusivo ao espaço de eleição entre os cinco preferidos. Resultando que, o Jardim Alameda João de Deus foi elegido como preferido por 25,5% dos inquiridos, a Biblioteca Municipal de Faro apresenta uma percentagem de 15,6%, o Parque Ribeirinho de Faro apresenta uma percentagem 35,5% (sendo o espaço com a maior percentagem de primeira eleição, o preferido) e o Jardim Manuel Bivar regista 23,3% em primeira escolha.

Através deste indicador verifica-se também que, o Museu Regional do Algarve e os dois polidesportivos não se representam para nenhum dos inquiridos como espaços de eleição, ou seja, na categoria «preferido».

Figura 33 – Seleção dos espaços e equipamentos públicos do Município de Faro pelos inquiridos por categorias
(Fonte: Inquérito, 2015)

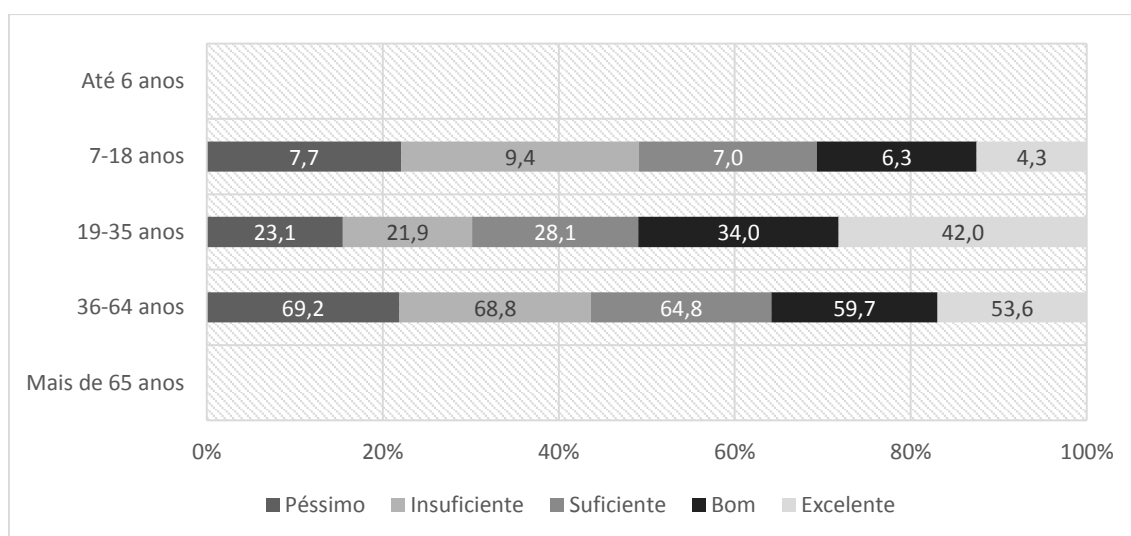


A Figura 34 refere-se à qualificação que os inquiridos diretos conceberam relativamente ao seu espaço e equipamento público preferido. Essa avaliação do espaço seguiu os seguintes parâmetros: qualidade do espaço público; equipamentos públicos; acessibilidade por transporte público ou a pé; acessibilidade por carro/estacionamento; segurança; iluminação; limpeza/lixo; comércio e serviços. Em cada um destes parâmetros o inquirido atribuiu uma das classificações seguintes: «péssimo», «insuficiente», «suficiente», «bom» e «excelente».

A figura seguinte apresenta as percentagens totais das respostas dos inquiridos relacionadas com as classes etárias dos mesmos. Verifica-se assim que as opiniões divergem entre classes etárias. A classe etária dos jovens atribui em maioria a qualificação de insuficiente ao espaço e equipamento público da sua maior preferência,

a classe etária dos 19-35 anos, jovens-adultos, qualifica o espaço e equipamento público na categoria excelente, e a classe etária dos 36-64 anos qualifica o espaço e equipamento público de eleição como péssimo. O que permite concluir que os espaços e equipamentos existentes estão melhor adaptados às necessidades e gostos dos inquiridos na classe etária dos 19-35 anos.

Figura 34 – Qualificação do espaço e equipamento público preferido dos inquiridos (Fonte: Inquérito, 2015)



De seguida, serão analisados os aspetos negativos e positivos da Cidade de Faro citados pelos cidadãos inquiridos. Para esta análise foi essencial a categorização das respostas com o intuito de uma melhor e mais eficaz apresentação dos resultados. Aqui, foi pedido aos inquiridos que elencassem seis respostas, três de aspetos negativos e três de aspetos positivos, ocorrendo casos em que os inquiridos não cumpriram o requisito, dando um número inferior de respostas. Correspondendo neste caso ao peso do item não sabe/não responde.

A categorização efetuada resultou nas seguintes categorias:

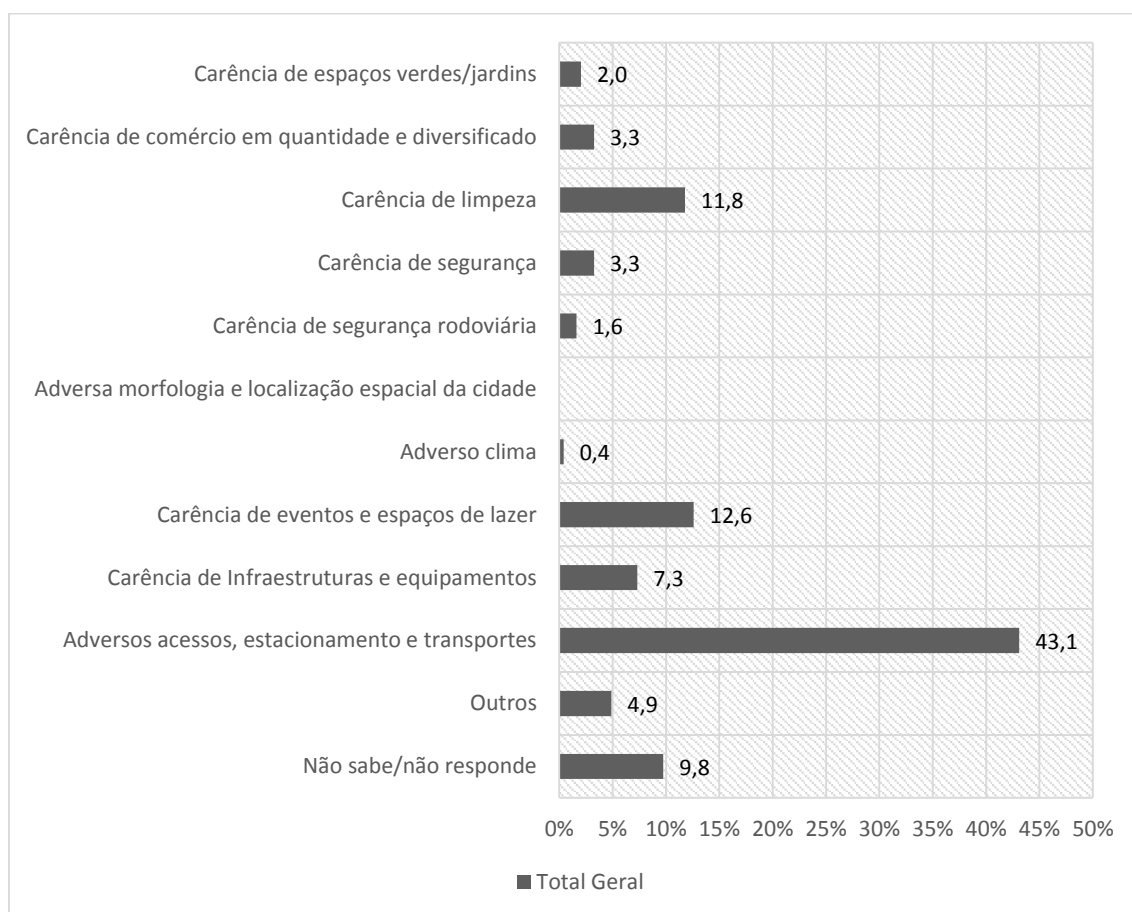
- **Espaços verdes/ jardins** (zona velha; natureza; Jardim Manuel Bivar; baixa de Faro; Jardim da Alameda).
- **Comércio em quantidade e diversificado** (comércio local; restauração; turismo; Fórum Algarve; bares; lojas dos chineses; lojas tradicionais; Rua de Stº António; ciganos a comercializar; dificuldades de licenciamento para empresas/negócios).

- **Limpeza** (saneamento em dias de cheias; árvores deitam muito óleo; sujidade nas ruas; disponibilidade de sacos para dejetos de animais, contentores sem limpeza insuficiente; falta de manutenção dos espaços).
- **Segurança** (ambiente; cidade tranquila).
- **Segurança Rodoviária** (semáforos inutilizados; passeadeiras por pintar; ciclovias pouco seguras).
- **Morfologia e localização espacial da cidade** (proximidade dos locais; cidade pequena; localização geográfica; distancia da praia; cidade junto ao mar).
- **Clima** (clima; calor excessivo).
- **Eventos e Espaços de lazer** (agenda cultural; Feira de Stª Iria; animação; bons espaços culturais; poucas atividades gratuitas; pouca divulgação de atividades desportivas e culturais; falta de ciclovias; falta de vias pedonais; falta de ciclovias; poucos espaços desportivos; bons espaços desportivos; poucas atividades musicais; pouca animação; desporto; poucos locais públicos para crianças; Semana Académica).
- **Habitação, Infraestruturas e Equipamentos** (Praia de Faro; edifícios antigos degradados; fontes luminosas degradadas; iluminação; poucas casas de banho públicas; poucos baldes do lixo; falta de ecopontos; espaço urbano não desenvolvido; Universidade; Aeroporto Internacional; boas escolas; prédios; urbanizações; museus; centro de saúde; Loja do Cidadão; bons edifícios de desporto; marina de Faro).
- **Acessos, estacionamento e transportes** (estado das estradas; ponte da Praia de Faro; Pavimentos; transportes públicos; demora dos transportes públicos; não haver transportes à noite; circulação automóvel; automóveis em cima dos passeios; os parquímetros).
- **Outros** (espaços/serviços públicos; gastronomia; pedintes nas ruas; pouco apoio aos jovens; pouco apoio ao SC Farense; barulho noturno; qualidade de vida, turismo; pessoas; movimento da baixa de Faro).
- **Não Sabe/Não Responde.**

Comentando a Figura 35 sobre os aspetos negativos da Cidade de Faro enumerados pela população em estudo verifica-se que o aspeto mais apontado foi a adversidade dos acessos, estacionamento e transportes da cidade com 43,1%, a carência de eventos e

espaços de lazer com 12,6%, a carência de limpeza da cidade com 11,8%, e a carência ou pouca qualidade da habitação, infraestruturas e equipamentos com 7,3%. Outros aspetos também citados, porém numa minoria, foram, falta de segurança, a carência de comércio em quantidade e diversificado, a carência de espaços verdes/jardins, a falta de segurança rodoviária e o adverso clima. Nenhum dos inquiridos referiu a adversa morfologia e localização espacial da cidade como aspeto negativo da cidade.

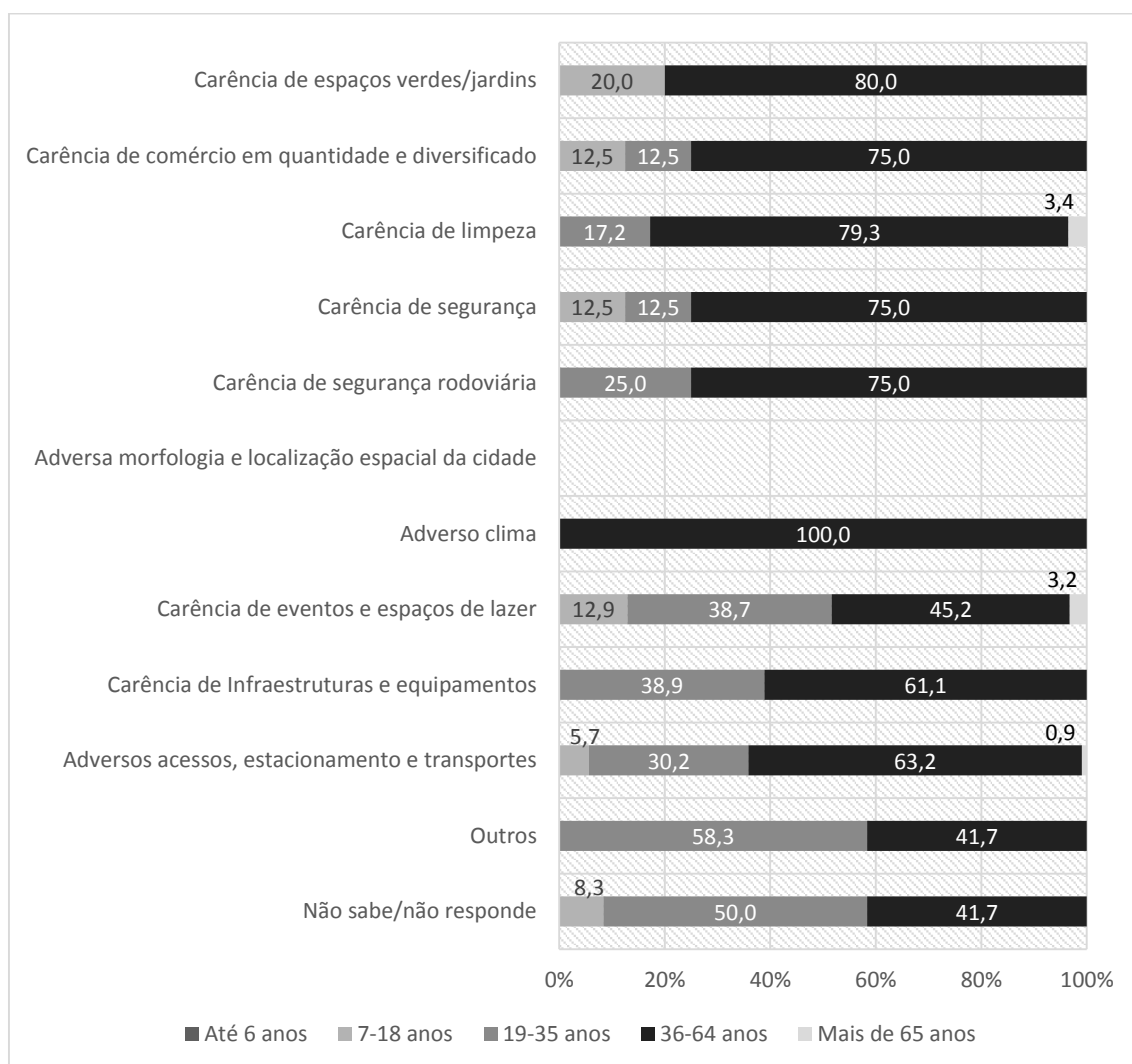
Figura 35 – Aspetos negativos do Município de Faro citados pelos inquiridos (no mínimo três respostas) – total
(Fonte: Inquérito, 2015)



Na continuidade da análise aos aspetos negativos, foi relevante compreender qual a sua representatividade por classes etárias. A Figura 36 em cruzamento com a Figura 36 demonstra que, dos 43,1% que indicaram os adversos acessos, estacionamento e transportes como um dos aspetos negativos do município, 0,9% foram inquiridos da classe etária dos mais de 65 anos, 5,7% pertencem à classe etária dos 7-18 anos, 30,2% pertencem à classe etária dos 19-35 anos e a grande maioria foram inquiridos da classe etária dos 36-64 anos, representando 63,2%. O segundo aspeto negativo mais citado, a

carência de eventos e espaços de lazer, foi citado em grande maioria por inquiridos da classe etária dos 36-64 anos (45,2%) e por inquiridos da classe etária dos 19-35 anos (38,7%). Um aspeto também relevante numa cidade como a limpeza, neste caso abordando a carência da mesma, foi mencionado por 79,3% dos inquiridos da classe etária dos 36-64 anos, 17,2% por inquiridos da classe etária dos 19-35 anos e por 3,4% dos inquiridos da classe etária dos mais de 65 anos.

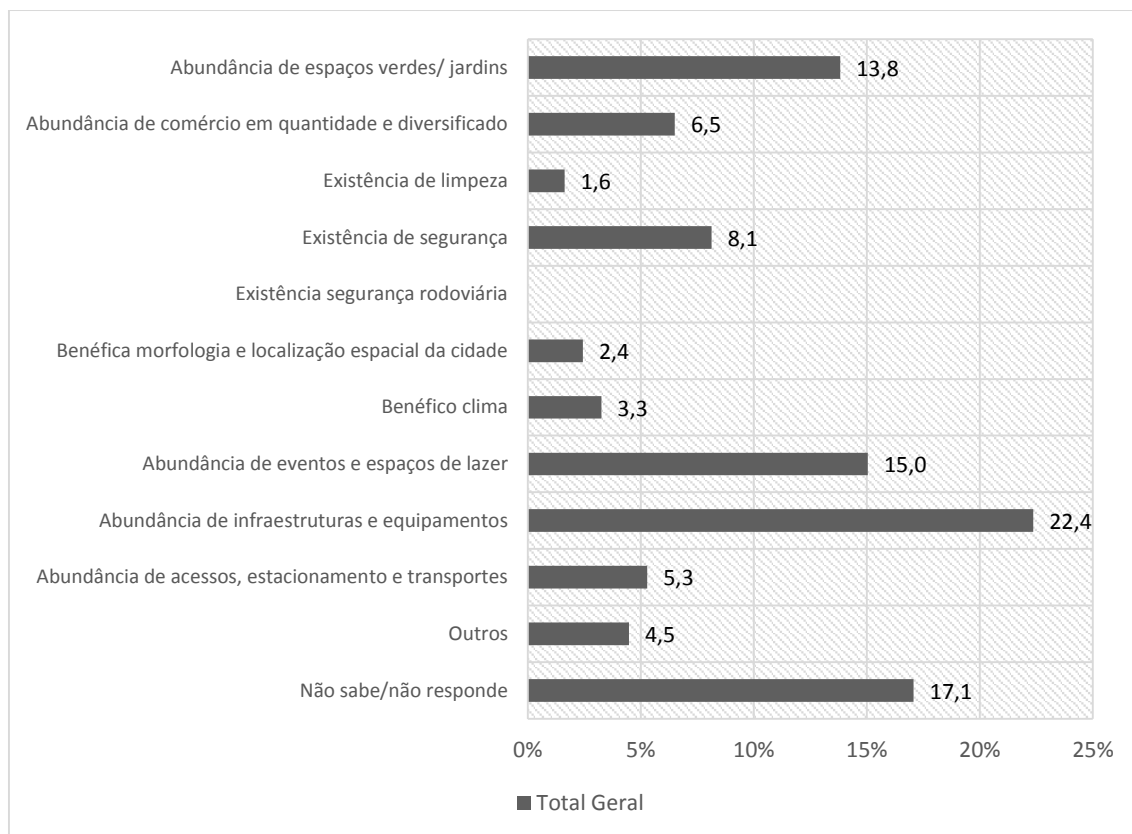
Figura 36 – Aspetos negativos do Município de Faro citados pelos inquiridos por classes etárias
(Fonte: Inquérito, 2015)



Quanto aos aspetos positivos, o mais elegido foi a abundância de infraestruturas e equipamentos com 22,4%, a abundância de eventos e espaços de lazer com 15,0%, a abundância de espaços verdes/jardins com 13,8%, a existência de segurança com 8,1%, e a abundância de comércio em quantidade e diversificado com 6,5%. Os aspetos seleccionados minorativamente foram a abundância de acessos, estacionamento e

transportes, o benéfico clima, a benéfica morfologia e localização espacial da cidade e a existência de limpeza. É de destacar que 4,5% dos inquiridos referiu outros aspetos para além dos mencionados na Figura 37 e nenhum dos inquiridos mencionou a existência de segurança rodoviária como aspeto positivo da cidade.

Figura 37 – Aspetos positivos no Município de Faro citados pelos inquiridos (no mínimo três respostas) – total
(Fonte: Inquérito, 2015)



É importante sublinhar que 17,1% correspondem a não respostas, indicando que muitos dos inquiridos não foram capazes de enumerar três aspetos positivos (o que se reflete no total nesta percentagem de quase 1/5).

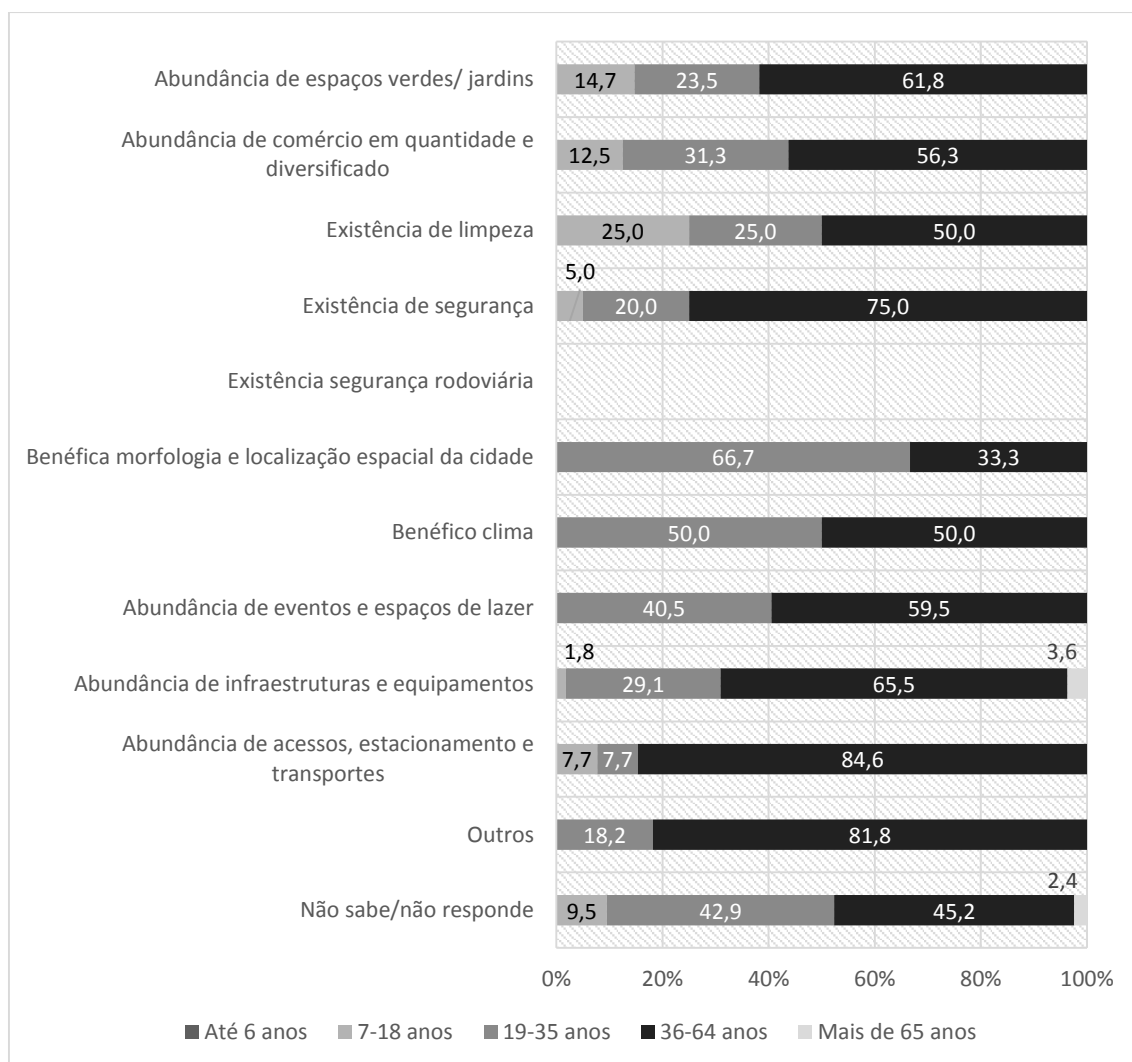
Analisando os mesmos aspetos positivos por classes etárias observam-se que dos inquiridos que indicaram a abundância de infraestruturas e equipamentos como principal aspeto positivo, 65,5% pertencem à classe etária dos 36-64 anos, 29,1% foram inquiridos da classe etária dos 19-35 anos, 3,6% pertencem à classe dos mais de 65 anos e apenas 1,8% são inquiridos referentes à classe etária dos 7-18 anos. O segundo aspeto positivo mais apontado, neste caso, a abundância de eventos e espaços e lazer, repartiu-

se entre os inquiridos da classe etária dos 36-64 anos (59,5%) e os inquiridos referentes à classe etária dos 19-35 anos (29,1%) (ver Figura 38).

A figura demonstra também que, os inquiridos da classe etária dos mais de 65 anos referiram apenas como aspeto positivo a abundância de infraestruturas e equipamentos como principal aspeto positivo. A classe etária dos 7-18 anos não referiu nenhum dos seguintes aspetos como positivos: existência de limpeza; benéfica morfologia e localização espacial da cidade; e benéfico clima.

Figura 38 – Aspetos positivos do Município de Faro citados pelos inquiridos por classes etárias

(Fonte: Inquérito, 2015)

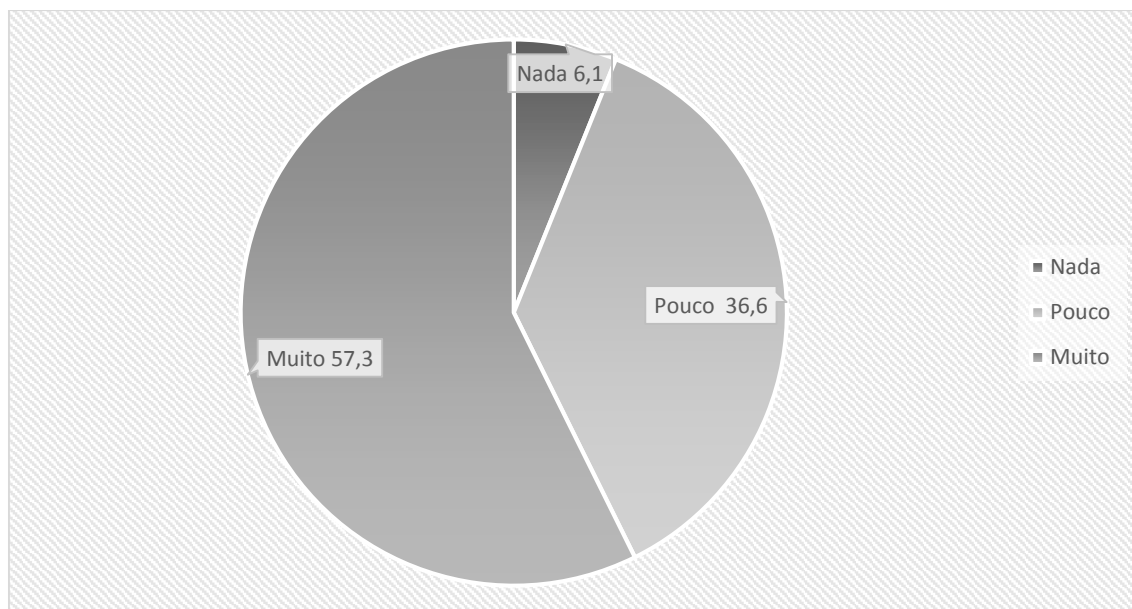


Os inquiridos diretos foram questionados acerca da intervenção do município nos espaços verdes avaliando a sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população e da imagem da cidade, as possíveis respostas foram: Nada, Pouco ou Muito.

A resposta da maioria dos inquiridos foi «Muito» com 57,3%, porém, foi também considerável a resposta «Pouco», com 36,6% (ver Figura 39).

Figura 39 – Classificação do grau de intervenção do Município de Faro na qualificação dos espaços verdes públicos em percentagem

(Fonte: Inquérito, 2015)



Em suma, os espaços de lazer e equipamentos são usufruídos pela grande parte dos inquiridos, sendo o espaço e equipamento público mais utilizado o Jardim Alameda João de Deus e o espaço de primeira eleição o Parque Ribeirinho de Faro. O grau de intervenção do município nos espaços e equipamentos públicos tem sido em maioria do agrado dos inquiridos mas existem ainda aspetos negativos que requerem alguma atenção.

No total, o aspeto negativo mais mencionado foi a adversidade dos acessos, estacionamento e transportes. Aqui existe um potencial pouco explorado pelo município, e que poderá permitir ao município criar um sistema urbano mais sustentável, em coerência com os princípios da cidade saudável.

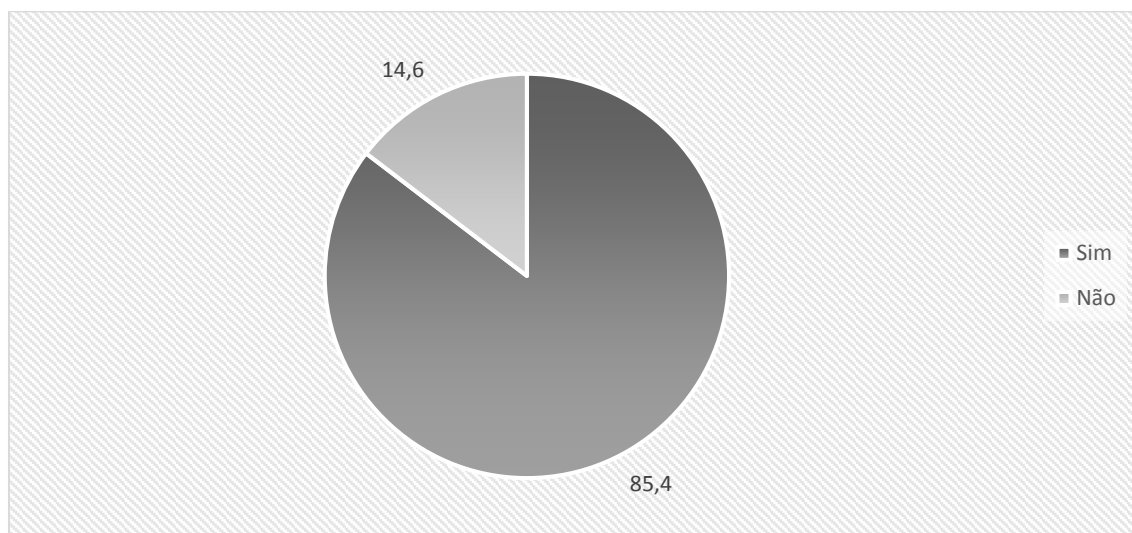
Em relação aos aspetos positivos do município, como já foi referido, a abundância infraestruturas e equipamentos permite ao munícipes o acesso a uma grande variedade de experiências e recursos, criando deste modo a possibilidade de uma variedade de contactos, interações e comunicação. Os mesmos são indispensáveis com o objetivo da cidade saudável.

3.3.4. Saúde

A saúde, como bem essencial para todas as populações, é um campo de grande atuação para as cidades saudáveis. As mesmas defendem os direitos às necessidades básicas de vida, como por exemplo, a alimentação, a água potável, ou habitação, também na melhoria dos níveis de saúde e serviços de saúde acessíveis a toda a população. Na alínea 3.2.2. foi referida a posição favorável de Faro em termos de médicos por mil habitantes fenómeno associado à presença do Hospital Central. Fica a questão do acesso. Deste modo, foi importante perceber se os munícipes dispõem de meio de transporte para as deslocações aos serviços de saúde.

Como apresenta a Figura 40, no que diz respeito à utilização de meio de transporte para se deslocarem aos serviços de saúde do Município de Faro, 85,4% dos inquiridos diretos afirmaram que sim, fazem uso de um meio de transporte para a deslocação com esse fim. Em oposição, 14,6% refere que não dispõe de meio de transporte para deslocar-se aos serviços de saúde.

*Figura 40 – Utilização de meio de transporte para deslocação aos serviços de saúde do Município de Faro por parte dos inquiridos em percentagem
(Fonte: Inquérito, 2015)*

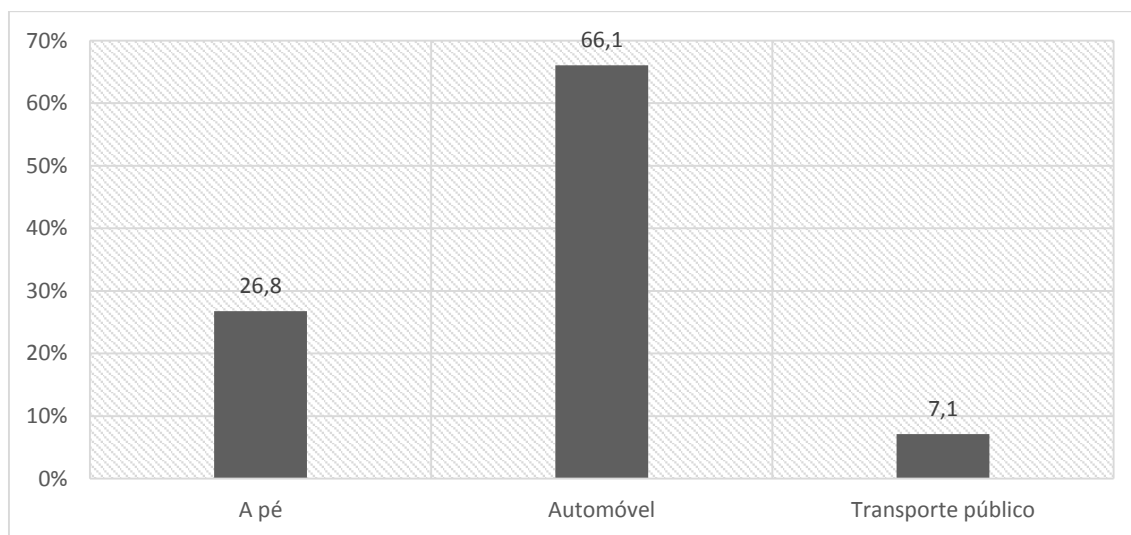


Analisando a Figura 41 verifica-se que, o meio de transporte mais utilizado foi o automóvel com 66,1% (nomeadamente nas deslocações aos serviços hospitalares, incluindo a urgência ou às clínicas para consultas de especialidade), o segundo meio de transporte mais utilizado foi a deslocação a pé (26,8%) correspondendo à ida ao centro

de saúde perto de casa e apenas 7,1% dos inquiridos utiliza os transportes públicos nas referidas deslocações. Em ambos as figuras (ver Figuras 42 e 43) «serviços de saúde» refere-se ao hospital, centro de saúde, farmácias e clínicas privadas.

Figura 41 – Modo de transporte para deslocação aos serviços de saúde do Município de Faro por parte dos inquiridos

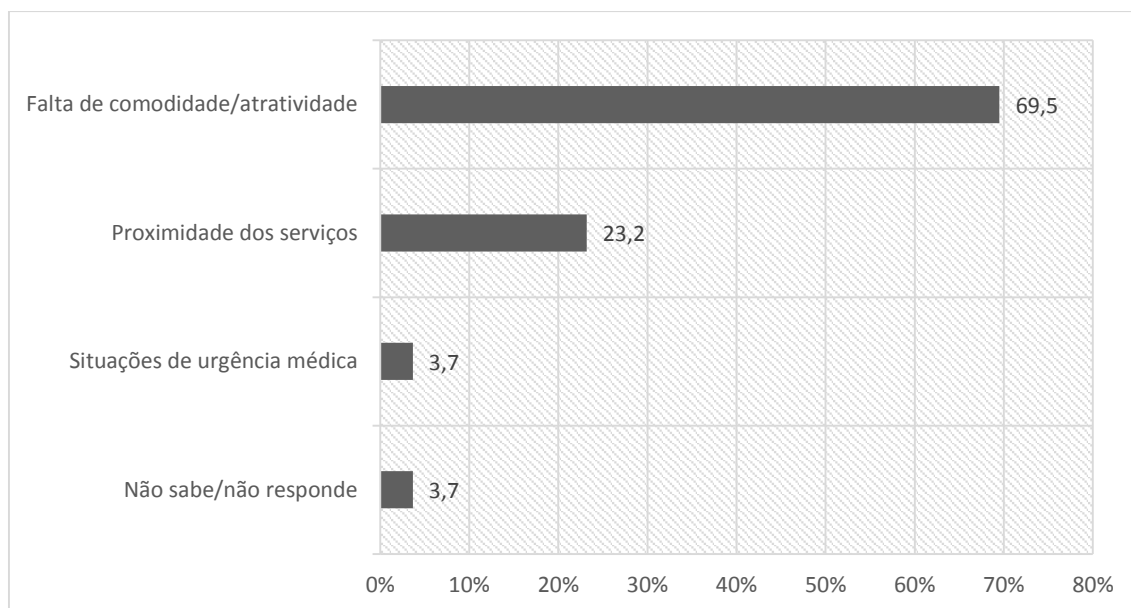
(Fonte: Inquérito, 2015)



O motivo que os inquiridos mais indicam, como se verifica na Figura 42, para justificar a não utilização dos transportes públicos quando se dirigem aos serviços de saúde foi a falta de comodidade/atratividade (69,5%). Consideram mais cómodo e prático deslocarem-se de automóvel ou a pé, alguns dos motivos que integram esta categoria, compõem-se pelo facto de não ser prático transportar crianças, pessoas muito idosas ou com dificuldades de mobilidade nos transportes públicos ou essencialmente porque os transportes públicos são mais lentos. Esta situação foi mais evidente nas deslocações ao hospital para as consultas.

O segundo motivo consiste na proximidade dos serviços, (23,2%) e nestes casos normalmente os inquiridos preferem deslocar-se a pé. Foram referenciadas também situações de urgência médica (3,7%) em que afirmam não fazer sentido esperar demasiado tempo para chegar ao destino nem os transportes públicos têm condições para transportar alguém doente.

Figura 43 – Motivo pelo qual os inquiridos não utilizam os transportes públicos para deslocações aos serviços de saúde do Município de Faro
(Fonte: Inquérito, 2015)



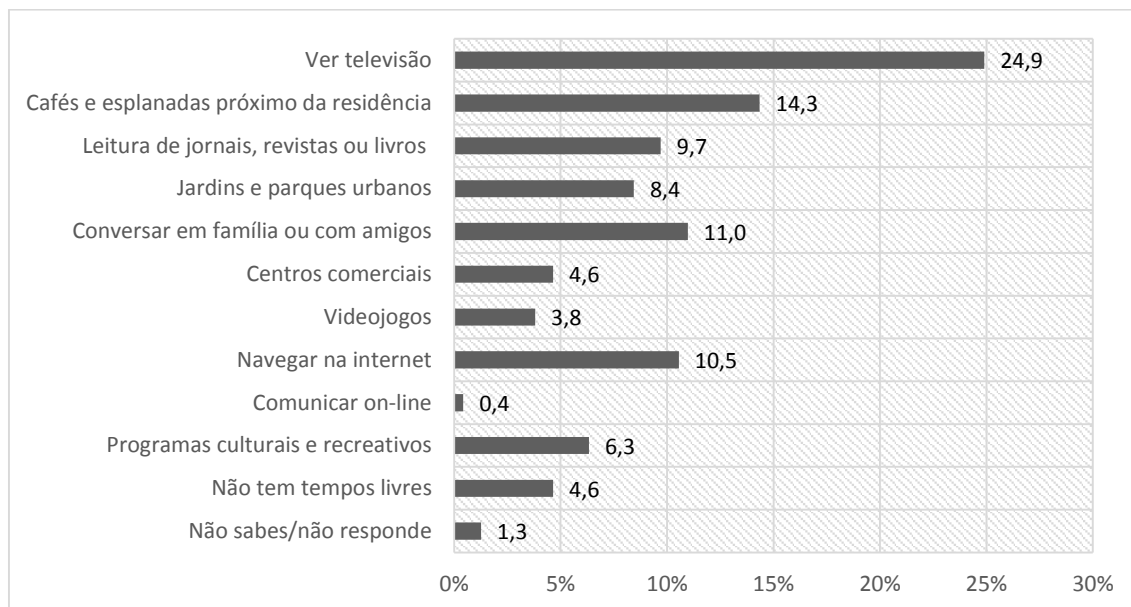
3.3.5. Lazer e exercício físico

No domínio do desporto, a cidade saudável apela para a importância do acesso a uma grande variedade de experiências e recursos. Este aspeto, caso seja conjugado com um ecossistema estável e um sistema urbano sustentável, propicia aos munícipes de uma qualquer cidade uma melhor qualidade de vida e poderá influenciar positivamente os seus hábitos diários. Assim, foi essencial perceber quais as atividades de lazer que ocupam o seu quotidiano e perceber a relação que existe com a prática de exercício físico.

O inquérito solicitava a indicação da atividade de tempos livre preferencial. Assim, nos tempos livres (ver Figura 43) tanto os inquiridos diretos como os indiretos indicaram que a sua atividade preferida nos tempos livres foi ver televisão (24,9%), seguidamente estão os cafés e esplanadas próximo da residência (14,3%), conversar em família ou com amigos (11,0%), navegar na internet (10,5%), leitura de jornais, revistas ou livros (9,7%), frequentar jardins e parques urbanos (8,4%), participar em programas culturais

e recreativos (6,3%), sendo as restantes atividades escolhidas por uma minoria de inquiridos.

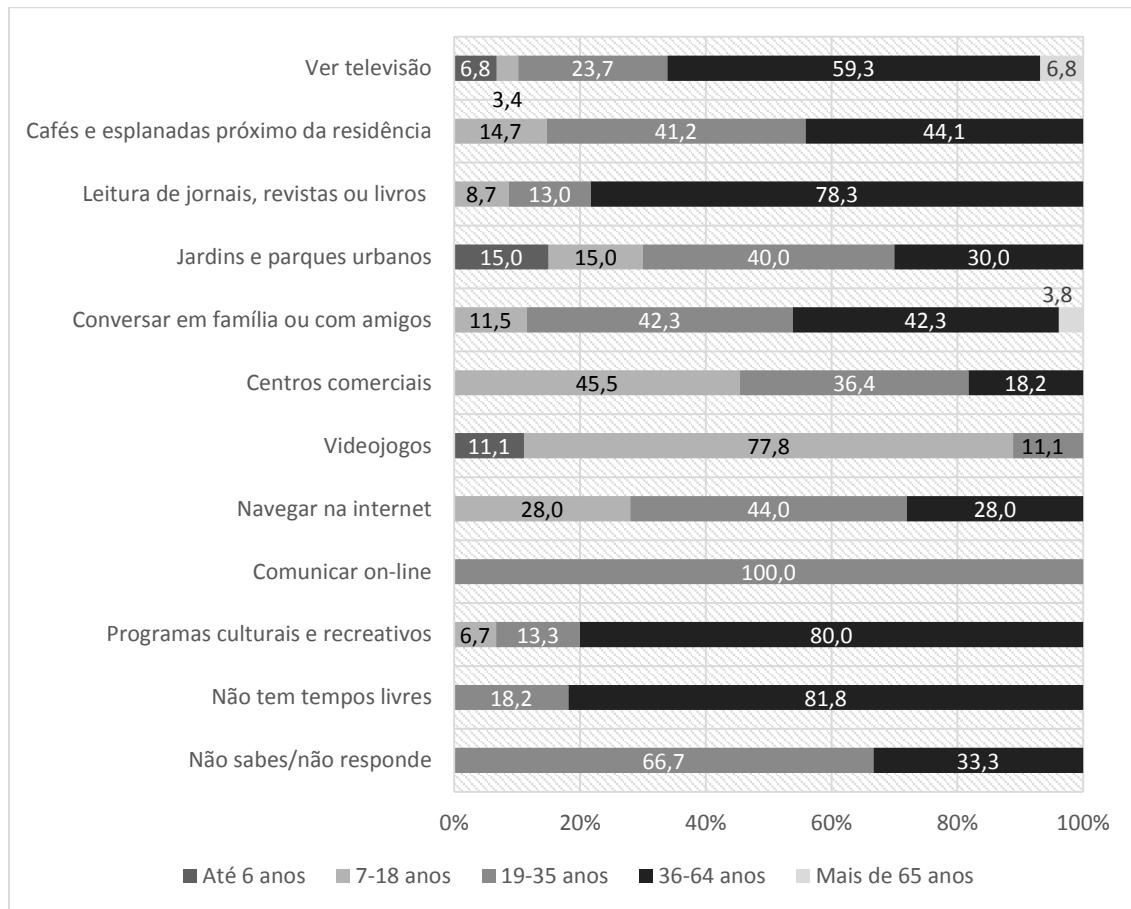
Figura 44 – Atividades de tempos livres da população em estudo
(Fonte: Inquérito, 2015)



Relacionando com as classes etárias da população em estudo pode-se observar que, as crianças até aos 6 anos ocupam os seus tempos livres em passeios pelos jardins e parques urbanos, a jogar videojogos e a ver televisão. Os indivíduos com mais de 65 anos ocupam os seus tempos livres entre, conversar em família ou com amigos e a ver televisão. Os jovens, na classe etária dos 7-18 anos, distribuem os seus tempos livres entre, jogar videojogos, passear em centros comerciais ou a navegar na internet. Os jovens-adultos preferem comunicar on-line, navegar na internet e deslocarem-se a cafés e esplanadas próximos da residência. E por último, a classe dos 36-64 anos, destes muitos não têm tempos livres e os que dispõe de algum tempo livre ocupam-no em programas culturais e recreativos ou na leitura de jornais, revistas ou livros (ver Figura 44).

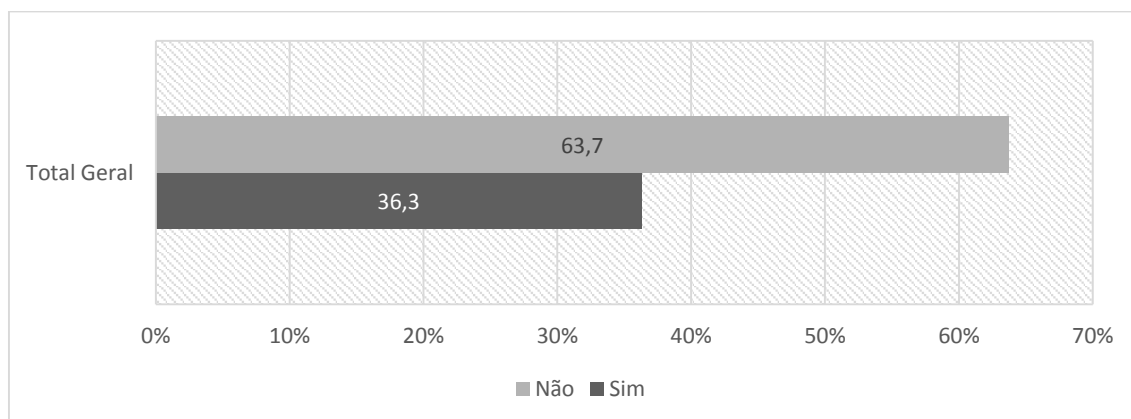
A atividade de tempos livre mais mencionada, como referido anteriormente, foi ver televisão. Esta está distribuída pelas classes etárias da seguinte forma: até 6 anos representa 6,8%, dos 7-18 anos representa 3,4%, dos 19-35 anos representa 23,7%, 36-64 anos representa 59,3% e nos mais de 65 anos representa 6,8%, acompanhando com proximidade a distribuição de população inquirida pelas diferentes classes etárias.

Figura 44 – Atividades de tempos livres da população em estudo por classes etárias
(Fonte: Inquérito, 2015)



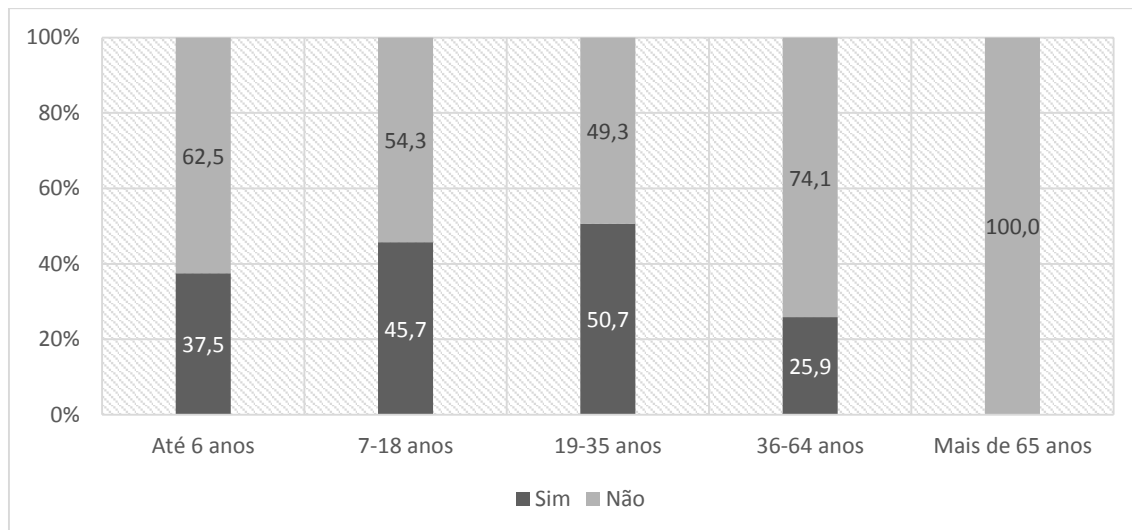
Quanto à prática de exercício físico (ver Figura 45) a maioria dos inquiridos diretos e indiretos afirmam não praticar exercício físico (63,7%) e apenas 36,3% afirmam praticar.

Figura 45 – Prática de exercício físico por parte da população
(Fonte: Inquérito, 2015)



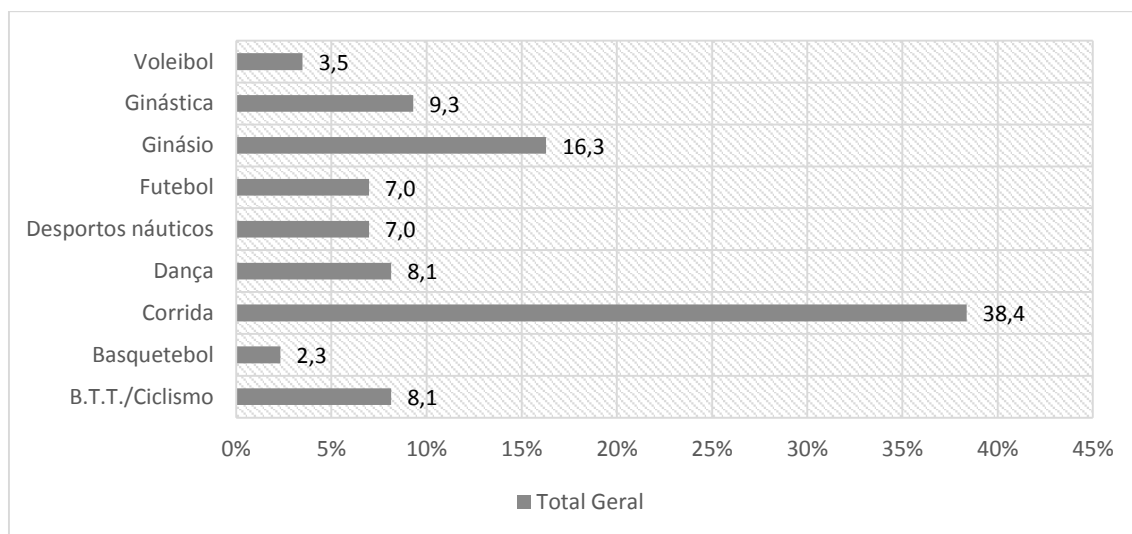
A faixa etária que mais pratica exercício físico é da dos 19 aos 35 anos com 50,7%, a faixa etária dos 36 aos 64 anos apresenta um valor imenso de não praticantes com 74,1%, embora com mais de 65 anos nenhum dos inquiridos pratique exercício físico (ver Figura 46).

Figura 46 – Prática de exercício físico por parte da população por classes etárias
(Fonte: Inquérito, 2015)



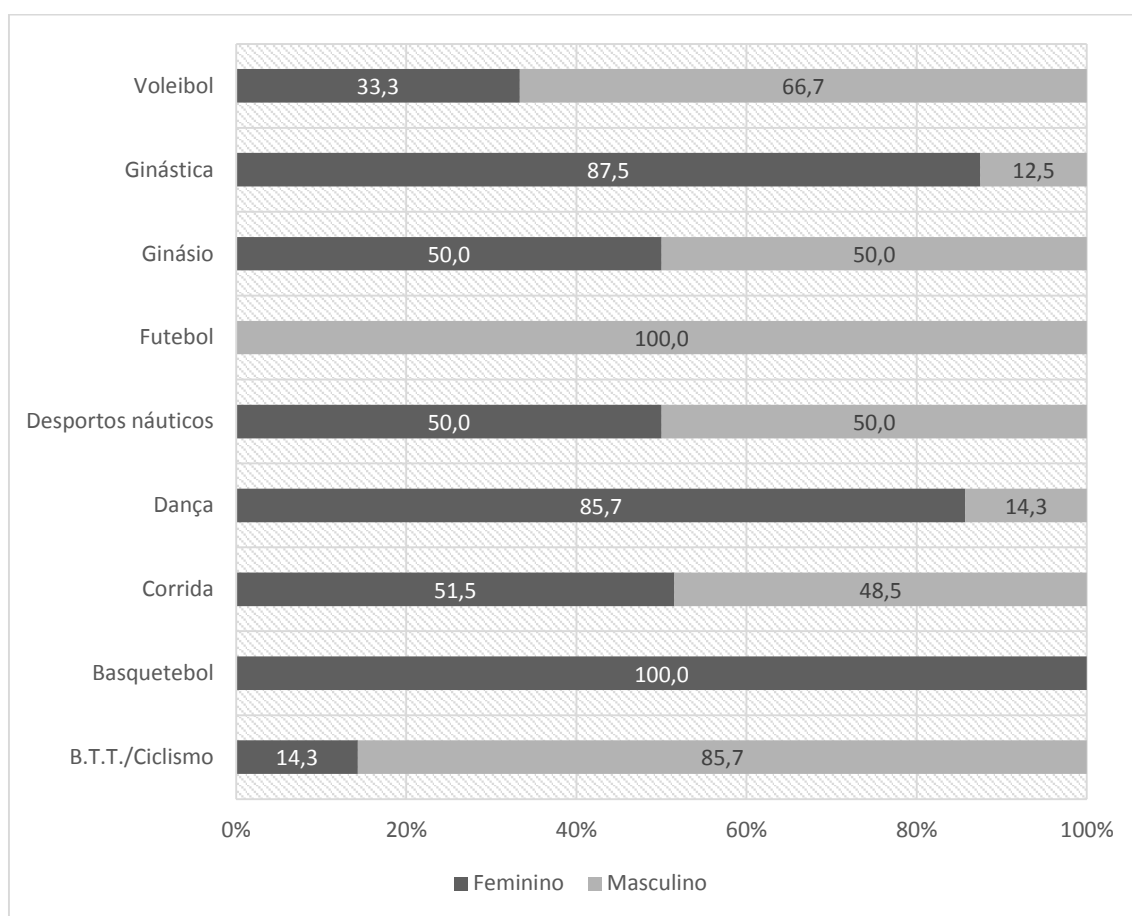
Dos indivíduos que afirmaram praticar exercício físico, 38,4% preferem a corrida, 16,3% preferem o ginásio, 9,3% elegem a ginástica, 8,1% elegem dança e B.T.T./ciclismo, 7,0% preferem futebol e desportos náuticos, 3,5% preferem voleibol e 2,3% praticam basquetebol (ver Figura 47).

Figura 47 – Exercícios praticado pela população em estudo – total
(Fonte: Inquérito, 2015)



Analisando a Figura 48, alusiva aos exercícios praticados pela população por sexo verifica-se que, o futebol apenas é praticado por indivíduos do sexo masculino e o basquetebol apenas é praticado por indivíduos do sexo feminino. Na prática de voleibol, 66,7% são do sexo masculino e 33,3% são do sexo feminino. Na ginástica, 87,5% são do sexo feminino e 12,5% são do sexo masculino. Em suma, o sexo feminino pratica na maioria ginástica, dança e basquetebol, enquanto que, o sexo masculino pratica futebol, b.t.t./ciclismo e voleibol.

Figura 48 – Exercícios praticado pela população por sexo
(Fonte: Inquérito, 2015)



A Figura 49 relaciona a situação socioprofissional de todos os inquiridos com a hora ideal para a prática de exercício físico, verificando-se que os inquiridos ativos preferem o horário ao final da tarde, com 68,9%, os desempregados à menos de um ano e os reformados pensionistas, com menos de 65 anos, preferem na sua totalidade (100%) praticar exercício físico ao início da manhã. Os desempregados à mais de um ano, as crianças e os estudantes têm maior preferência pelo horário final da tarde. Numa

abordagem geral, a maioria dos inquiridos (70,9%) do total de praticantes têm preferência por praticar exercício ao final da tarde (ver Figura 50).

Figura 49 – Horário ideal para a prática de exercício físico por parte dos inquiridos por situação socioprofissional (Fonte: Inquérito, 2015)

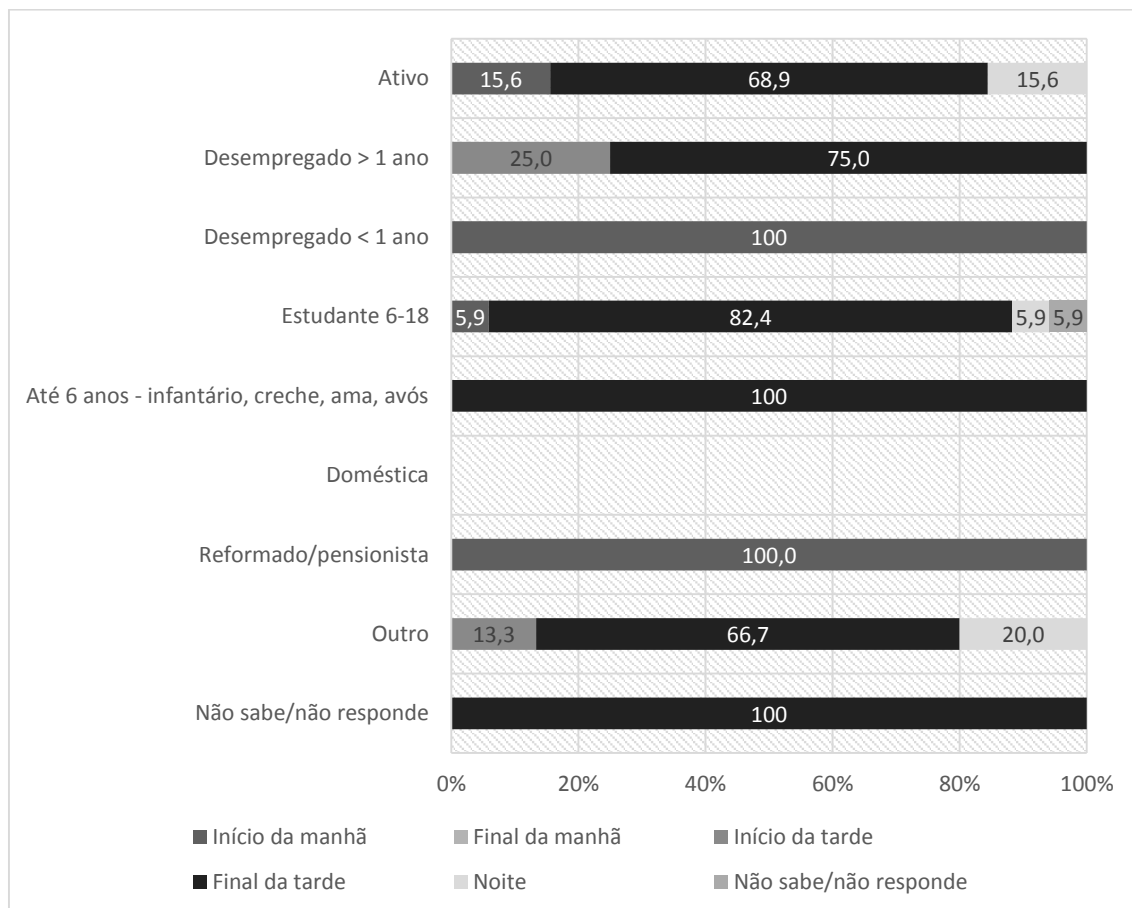
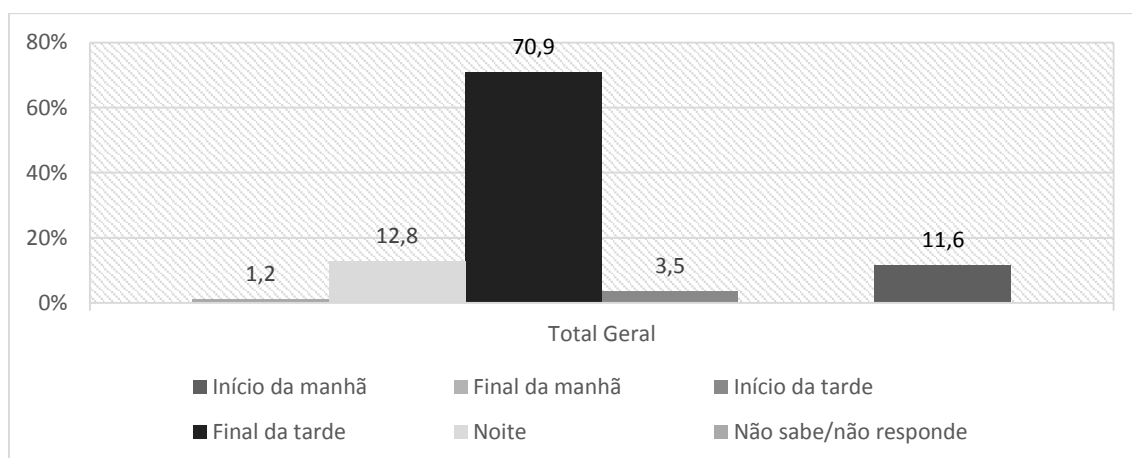


Figura 50 – Horário ideal para a prática de exercício físico por parte dos inquiridos (Fonte: Inquérito, 2015)



Na Figura 51 relaciona-se o motivo de não praticar exercício físico com a situação socioprofissional dos inquiridos, sendo que, os inquiridos ativos referem não ter tempo e motivação (33,3%), bem como os desempregados à mais de um ano (50,0%), os reformados pensionistas, com menos de 65 anos, na sua totalidade (100%) também reforçam a falta de motivação. Uma parte dos estudantes dos 6 aos 18 anos afirmam não ter tempo (40,0%). No geral, os motivos que mais se destacam são a falta de motivação com 35,9% e a falta de tempo com 33,3% (ver Figura 52).

Figura 51 – Motivo pelo qual os inquiridos não praticam exercício físico por situação socioprofissional
(Fonte: Inquérito, 2015)

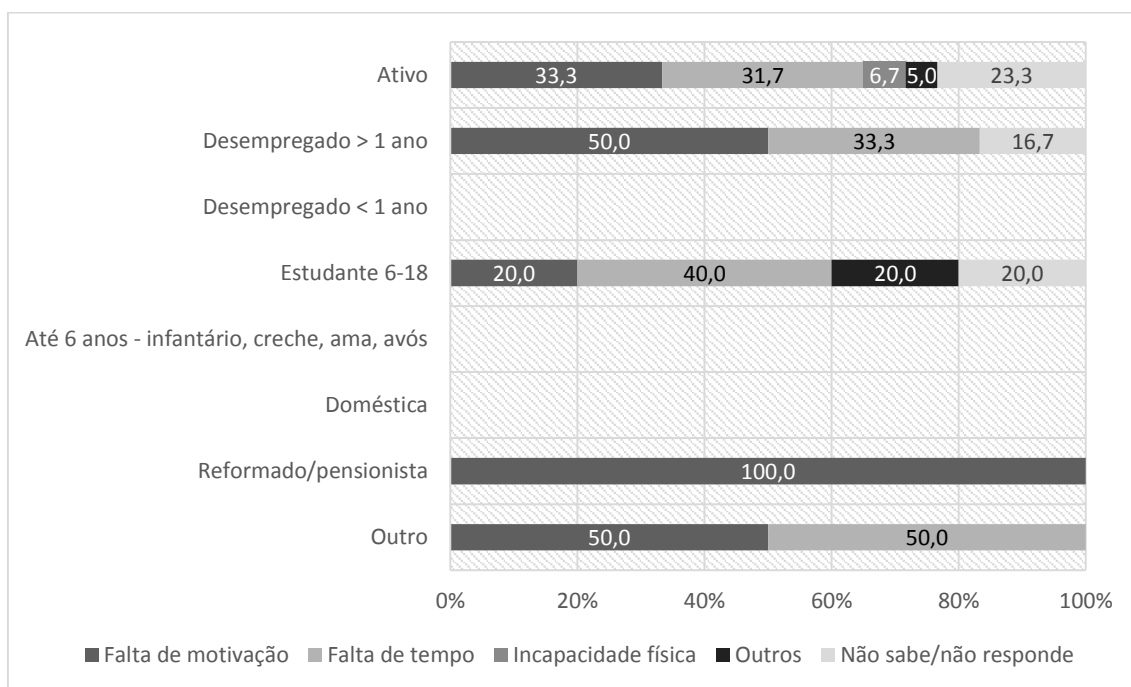
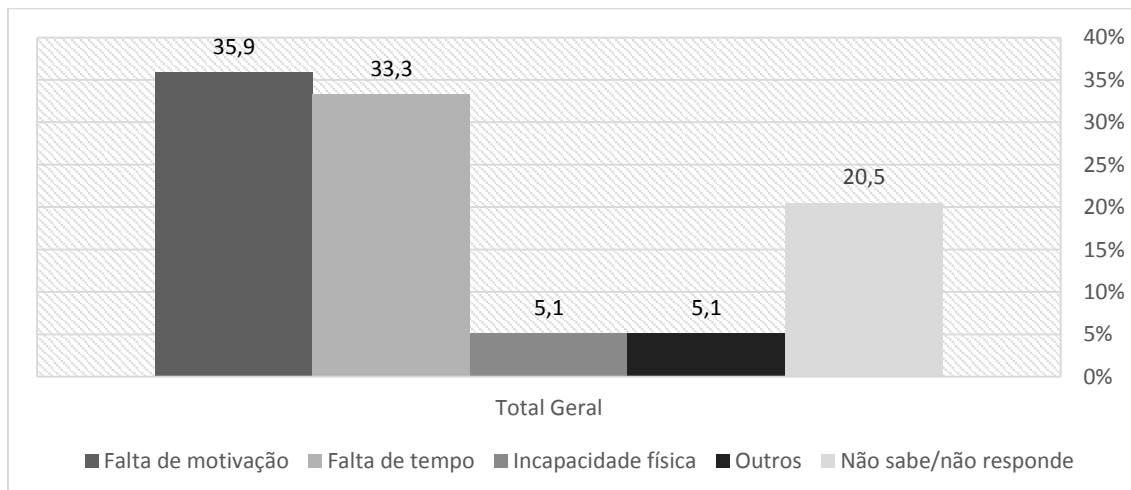


Figura 52 – Motivo pelo qual os inquiridos não praticam exercício físico
(Fonte: Inquérito, 2015)



(Página propositadamente em branco)

Capítulo 4. Conclusões e linhas de atuação futura

A elaboração desta investigação, que culmina com o presente relatório de estágio, permitiu analisar a temática das cidades saudáveis das suas origens às estratégias de intervenção, suportada pela importância da saúde no quadro das políticas de desenvolvimento e coesão. Paralelamente, foi considerado o caso de estudo de Faro, para analisar o quotidiano dos residentes e o seu padrão de procura de espaços e equipamentos públicos, procurando identificar como os quotidianos se relacionam com a vivência da cidade e em que medida as políticas de promoção de equipamentos e espaços públicos respondem às necessidades da população.

Assim, a primeira parte do trabalho consistiu na definição do conceito de cidade saudável. O mesmo já examinado no capítulo 1, transporta o leitor para a ideia de que uma cidade saudável é uma cidade consciente dos seus desafios, e procura direccionar os seus esforços na melhoria dos seus ambientes físicos e sociais, expandindo os recursos da comunidade (Lawrence, 2015). A cidade saudável atua numa vasta variedade de domínios, como já foi mencionado anteriormente, de forma a alcançar um ambiente saudável, uma boa qualidade de vida, as mínimas condições de higiene e sanitárias e o acesso a cuidados de saúde (Marques da Costa, 2013). Importa assim identificar e compreender inequivocamente os domínios em que as cidades saudáveis atuam e a que níveis tencionam intervir para a melhoria constante da saúde das pessoas de forma direta e indireta. Os domínios de atuação são os seguintes: saúde, ação social, ambiente, urbanismo, património, cultura, participação, educação, desporto e economia.

Os níveis de intervenção da cidade saudável são baseados nos determinantes da saúde. Em 2007, Dahlgren, G. e Whitehead, M. sintetizaram os vários determinantes num modelo de camadas, como já foi apresentado anteriormente. Em sumo, os determinantes da saúde são os fatores que influenciam as condições socioeconómicas, culturais e ambientais; as redes comunitárias e sociais; e os fatores individuais bem como os estilos de vida.

No seguimento da análise ao conceito de Cidades Saudáveis, foi fundamental compreender em que consiste um Projeto de Cidade Saudável e qual o funcionamento da Rede Portuguesa de Cidade Saudáveis. A análise incluiu uma entrevista à coordenação técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, permitindo uma melhor compreensão do projeto, do conceito e das suas balizas. A introdução do Projeto Cidade Saudável num município promove a mudança e a inovação das políticas de saúde local e concedem primazia e relevância a novas abordagens na saúde pública (WHO, 1992).

Os Projetos de Cidades Saudáveis em território nacional compõem a Rede Portuguesa de Cidade Saudável, que atualmente conta com 31 projetos ativos. Em 2015, não existe nenhum Projeto de Cidade Saudável ativo na Região do Algarve, sendo que o projeto do Município de Portimão encontra-se inativo.

Neste contexto, surgiu o interesse de compreender quais os benefícios de um município português pertencer à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. Através da entrevista realizada à coordenação técnica da própria rede concluiu que, os benefícios em pertencer à rede são: desenvolvimento de trabalho cooperativo, proporcionando a troca de informações e de experiências entre os membros, e desenvolver ações inovadoras que abarquem todos os aspetos da saúde e qualidade de vida (M. Ferreira, entrevista pessoal, 26 de Junho, 2014; RPMS, n.d.e).

Esta investigação teve também como objetivo compreender a Estratégia de Desenvolvimento para o Algarve no período 2014-2020, no sentido de identificar como esta pode promover a construção de cidades saudáveis. Com as bases da estratégia Europa 2020, a Região do Algarve adotou e desenvolveu uma estratégia regional assente na Competitividade, Resiliência, Empreendedorismo, Sustentabilidade e Conhecimento (CRESC 2020). Esta estratégia, sendo o elemento efetivamente operativo na região, elenca cinco linhas estratégia intervenção sendo os seguintes, inovação e diversificação; competitividade internacional; valorização territorial; coesão e inclusão e capacitação para a empregabilidade. Para responder a estas cinco linhas estratégicas foram apresentados oito objetivos que podem ter implicações na qualificação das cidade e, deste modo, criar condições para a construção de cidades com cariz mais «saudável» (CCDRA, 2014). No entanto, como estamos perante um Programa Operacional Regional, o sector da saúde não é considerado diretamente nos objetivos e

prioridades. Será de forma indireta, através da melhoria das condições infraestruturais e de equipamentos que contribuam para a qualidade vida e, em especial, na regeneração urbana, pelo esforço da qualidade e funcionalidade do espaço e equipamento público, que se atuará nas cidades do Algarve, criando condições para que sejam cidades mais saudáveis. Destaca-se também que, o Programa Operacional Regional não faz nenhuma referência a objetivos no domínio do desporto.

Assim, os objetivos propostos no Programa Operacional Regional para as cidades algarvias, no contributo da componente saudável, são: reforçar o papel do território como fator competitivo e diferenciador, e reduzir as disparidades e assimetrias existentes, na procura de um ecossistema e sistema urbano sustentável, de um ambiente físico limpo e seguro, e no encorajamento de conexões com heranças culturais e biológicas; reforçar as cadeias de valores das atividade consolidadas e emergentes, na procura de fortalecer o nível de participação dos cidadãos e na criação de uma comunidade forte; ajustar e orientar as competências regionais para a empregabilidade, na busca de uma maior variedade de contactos, interações e comunicação, sendo fundamental reduzir a taxa de abandono precoce; e alargar a base económica empresarial, na demanda de economias municipais diversificadas, vitais e inovadoras (Tsouros, 1992; CCDRA, 2014).

Em resposta ao objetivo, que previa um melhor conhecimento do Município de Faro, no que diz respeito a alguns domínios como população e habitação, práticas das famílias, uso do espaço público e de equipamento, as conclusões são as seguintes.

Concluiu-se através de dados regionais que, os índices de envelhecimento e de longevidade são menores no Município de Faro relativamente ao contexto regional. Em relação ao número de médicos por mil habitantes, o é número muito considerável e diferenciador dos restantes municípios, registando 8,6 médicos. No entanto, a oferta é positiva mas permite concluir que a maioria dos inquiridos dispõe de transportes para deslocações aos serviços de saúde mas muito poucos usufruem de transportes públicos nas mesmas deslocações devido, essencialmente, à falta de comodidade/atratividade.

Na premissa de níveis altos de saúde e serviços de saúde acessíveis a todos, o Município de Faro terá que procurar atuar no envelhecimento ativo dos munícipes e, também,

garantir a melhoria da atratividade nas deslocações em transportes públicos aos serviços de saúde.

No domínio da educação, os dados regionais sobre o Município de Faro concluem existência de uma baixa taxa de analfabetismo, mas em relação à taxa de pré-escolarização, a taxa também é baixa, o que neste caso, revela ser um fator negativo demonstrando a baixa oferta de equipamentos, nomeadamente públicos. Os dados obtidos através dos inquéritos concluem que 62,9% dos indivíduos da amostra possuem o Ensino Secundário e/ou Superior.

Na premissa do acesso a uma variedade de experiências e recursos, com a possibilidade de uma maior variedade de contactos, interações e comunicação, fica evidente que o combate às fracas competências regionais para a empregabilidade é urgente. O Município de Faro terá que agir neste sentido, permitindo à região alcançar as metas de redução de taxa de escolar e alcançar em 10% da população abrangida por formação qualificante (CCDRA, 2014).

No domínio da mobilidade, os dados sobre o Município de Faro concluem que o tempo médio de deslocações para o trabalho ou estudo são aproximadamente 14 a 15 minutos por deslocação. Em relação às características do edificado, o grande número de edifícios envelhecidos onde a maioria deles são de elevado estado de degradação qualifica o ambiente físico do município como de baixa qualidade.

Através dos dados obtidos pelos inquéritos conclui-se que, o modo de deslocação da população para o local de trabalho maioritariamente utilizado foi o automóvel, sendo que grande parte dos inquiridos afirma que a sua utilização sozinho, sem acompanhantes. Quando questionados sobre o motivo pelo qual não utilizam os transportes públicos nas suas deslocações os inquiridos referem foi necessidade de realizar várias deslocações, ou seja, é pouco comodo face às necessidades reais. Em relação ao tempo de deslocação conclui-se que o tempo varia entre 6 a 10 minutos, são tempos curtos, característicos de uma cidade média, onde o trânsito flui o que permitiria o desenvolvimento várias atividades após o regresso a casa. Aqui, conclui-se os quotidianos da população em estudo não permite a utilização frequente de transportes públicos.

Na premissa de alcançar um ecossistema e um sistema urbano sustentável, o Município de Faro terá que procurar criar um sistema de transportes públicos mais eficiente face às necessidades da população e que seja muito mais comodo do que o existente.

No domínio do urbanismo, o inquérito concluiu que, a grande maioria dos inquiridos frequenta os espaços e equipamentos públicos oferecidos pelo município, demonstrando que o investimento por parte do município nestes espaços influencia o quotidiano da população em estudo. Os espaços existentes em Faro apresentam alguma variedade de experiencias e interações, existindo jardins, parque ribeirinhos, parques de lazer, polidesportivos, pista de atletismo, skate parque, biblioteca, teatro, museus ou piscina. Mas esta oferta não se ajusta às necessidades de todas as classes etárias, devido às qualidades dos espaço e dos equipamentos públicos, analisando nas categorias de: acessibilidade por transporte público ou a pé; acessibilidade por carro/estacionamento; segurança; iluminação; limpeza/lixo; comércio e serviços, e numa hierarquia de «péssimo» a «excelente». A classe etária dos 36-64 anos qualifica mesmo os espaços e equipamentos públicos como de «péssima», devido aos fatores acima descritos.

O grau de intervenção do município nos espaços e equipamentos públicos tem sido em maioria do agrado dos inquiridos mas existem ainda aspetos negativos que requerem alguma atenção. No total, o aspeto negativo mais mencionado foi a adversidade dos acessos, estacionamento e transportes. Aqui existe um potencial pouco explorado pelo município, e que poderá permitir ao município criar um sistema urbano mais sustentável, em coerência com os princípios da cidade saudável. Em relação aos aspetos positivos do município, como já foi referido, a abundância infraestruturas e equipamentos permite aos munícipes o acesso a uma grande variedade de experiências e recursos, criando deste modo a possibilidade de uma variedade de contactos, interações e comunicação. Os mesmos são indispensáveis com o objetivo da cidade saudável.

No domínio do desporto, o Programa Operacional Regional não apresentou medidas concretas. Este domínio beneficiará indiretamente através de um ecossistema e um sistema urbano que dê primazia à criação de espaço para a prática de exercício físico. O inquérito aplicado concluiu que, a grande maioria da população inquirida ocupa os tempos livres a ver televisão, apenas 6,3% da amostra participa em atividades culturais e recreativas. A prática de exercício físico pela população foi pouco evidenciada, sendo

que, 63,7% da população não pratica exercício físico. Quando questionados sobre o motivo pelo qual não praticavam exercício físico, o principal motivo apontado foi a falta de motivação.

Na premissa de alcançar níveis de saúde elevados e do acesso a uma grande variedade de experiências, será fundamental atuar de forma convergente com os padrões de procura de espaços e equipamentos, combatendo o sedentarismo e apelando ao envelhecimento ativo.

Deste modo, e perante as conclusões apresentadas nesta investigação, será de extrema relevância atuar nos pontos fracos apresentados e que se reforce uma vez mais a componente saudável, nas políticas do Município de Faro, aproveitando as possibilidades de investimento oferecidas pelo Programa Regional nos domínios da regeneração urbana, na expansão de atividades criativas e na melhoria da eficiência energética e dos sistemas de mobilidade.

Os resultados alcançados permitem ao leitor compreender um pouco melhor a realidade da população residente e os espaços e equipamentos públicos do Município de Faro, tornando-se num contributo para investigações futuras na temática das Cidades Saudáveis ou para investigações que elegem a Cidade de Faro como estudo de caso.

A partir das conclusões apresentadas obteve-se as seguintes linhas de atuação futura:

- Atuar de forma convergente com os padrões de procura de espaços e equipamentos, combatendo o sedentarismo e apelando ao envelhecimento ativo;
- Melhorar a atratividade das deslocações em transportes públicos aos serviços de saúde, criando um sistema de transportes mais eficiente face às necessidades da população e que seja muito mais cómodo do que o existente;
- Combater as fracas competências regionais para a empregabilidade.

Referências Bibliográficas

- Câmara Municipal de Faro. (2013). *Plano Estratégico Faro 2025*. Faro: editores.
- CCDRA (2014). *Programa Operacional Regional do Algarve 2014-2020*. Faro: editores.
- CDSS. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial de Saúde.
- CE. (2006). *Decisão do Conselho: de 6 de Outubro de 2006, relativa às orientações estratégicas comunitárias em matéria de coesão*. Jornal Oficial da União Europeia, 11-32. Recuperado em 5 de março, 2014, de http://www.observatorio.pt/item1.php?lang=0&id_channel=18&id_page=75.
- CE. (2007). *Livro Branco: Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)*. Bruxelas: editores.
- CE. (2010). *Comunicação da Comissão: Europa 2020, Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*. Bruxelas: editores.
- CE. (2011). *Proposta de REGULAMENTO DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO que institui o programa Saúde para o Crescimento, o terceiro programa plurianual de acção da UE no domínio da saúde para o período 2014-2020*. Bruxelas: editores.
- CMF (2013). *Plano Estratégico Faro 2025*. Faro: editores.
- CMF (2015). Mapas de Faro [em linha]. *Câmara Municipal de Faro Web site*. Acedido em Setembro 7, 2015, em <http://mapas.cm-faro.pt>.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Decreto Lei nº. 11-A/2013 de 28 de Janeiro. Diário da República nº. 19 – 1ª serie.
Ministério da Administração Interna.

Fabião, E. (coord.) & Calado, J. (2011). *Algarve - Perfil de Saúde da Região*.
Administração Regional de Saúde do Algarve.

Foray, D., Goddard, J., Beldarrain, X., Landabaso, M., McCann, P, Morgan, K., et. al.
(2012). *Guide to Research and Innovation Strategies for Smart Specialisation (RIS3)*. Espanha: Instituto de Estudo de Perspetiva Tecnologia.

Galea, S. & Vlahov, D. (2005). *Urban Health: Populations, Methods, and Practice*. In
Galea S., Vlahov D. (Ed.), *Handbook of Urban Health: Populations, Methods, and
Practice* (pp. 1-15). Nova Iorque: Springer.

Geib, L. (2012). *Determinantes Sociais da Saúde do Idoso*. Ciência & Saúde Coletiva,
17(1), 123-133.

George, F. (2011). *Sobre determinantes da saúde*. *Direção geral de saúde*, 1-3.
Recuperado em 12 de maio de 2014, de <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude.aspx>.

Hancock, T. (1997). *Healthy Cities and Communities: Past, Present, and Future*.
National Civic Review, 86, 11-21.

Lawrence, R. J. (2005). *Building Healthy Cities: The World Health Organization
Perspective*. In Galea S., Vlahov D. (Ed.), *Handbook of Urban Health: Populations,
Methods, and Practice* (pp. 479-501). Nova Iorque: Springer.

Marques da Costa, E. (2013). *Cidades Saudáveis, Saúde e Sustentabilidade: Dos
conceitos às orientações de política na União Europeia*. In Marques da Costa, E.
& Lima, S. C. (orgs.), *Construindo Cidades Saudáveis*. (pp. 41-59). Uberlândia:
Assis.

OMS (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Genebra: editores.

OMS (1986). *Carta de Otawa para a promoção de saúde*. Otava: editores.

OMS (1992). *Vinte Medidas para desenvolver um Projeto Cidades Saudáveis*.
Copenhaga: editores.

OMS (1998). *Health Promotion Glossary*. Genebra: editores.

OMS (2006). *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual: Informe de la comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública*. Genebra: editores.

OMS (n.d.a). Regional activities: Approaches as implemented in the WHO regions [em linha]. *World Health Organization Web site*. Acedido em Fevereiro 16, 2014, em http://www.who.int/healthy_settings/regional/en/.

OMS (n.d.b). Phases I–VI of the WHO European Healthy Cities Network [em linha]. *World Health Organization Web site*. Acedido em Fevereiro 16, 2014, em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network/phases-ivi-of-the-who-european-healthy-cities-network>.

OMS (n.d.c). How new cities can get started [em linha]. *World Health Organization Web site*. Acedido em Fevereiro 17, 2014, em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network/how-new-cities-can-get-started>.

OMS (n.d.d). WHO European Healthy Cities Network [em linha]. *World Health Organization Web site*. Acedido em Fevereiro 17, 2014, em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>.

OMS (n.d.e). Six strategic goals [em linha]. *World Health Organization Web site*. Acedido em Fevereiro 17, 2014, em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network/six-strategic-goals>.

QREN. (2014). O Período de Programação 2007-2013 [em linha]. *O Observatório do QREN Web site*. Acedido em Maio 14, 2014, em http://www.observatorio.pt/item1.php?lang=0&id_channel=18&id_page=75.

- RPMS. (n.d.a). Apresentação: Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis [em linha]. *Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis Web site*. Acedido em Maio 12, 2013, em <http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/apresentacao/RPMS>.
- RPMS. (n.d.b). Apresentação: Coordenação [em linha]. *Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis Web site*. Acedido em Maio 12, 2013, em <http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/apresentacao/coordenacao#c>.
- RPMS. (n.d.c). Apresentação: Parcerias [em linha]. *Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis Web site*. Acedido em Maio 12, 2013, em <http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/apresentacao/parcerias>.
- RPMS. (n.d.d). Cidades Saudáveis: Como aderir à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis? [em linha]. *Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis Web site*. Acedido em Maio 15, 2013, em http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/cidades-saudaveis/como_reconhecer_cidade_saudavel#c.
- RPMS. (n.d.e). Cidades Saudáveis: Que ganhos advêm da adesão a esta rede? [em linha]. *Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis Web site*. Acedido em Maio 15, 2013, em http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/cidades-saudaveis/ganhos_adexao_rede#c.
- Santos, D. (2015). Nota Introdutória. In Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (Ed.). Programa Operacional Regional do Algarve 2014-2020 (pp. 3-4). Faro: Autor.
- Semenza, J. C. (2005). Building Healthy Cities: A Focus on Intervention. In Galea S., Vlahov D. (Ed.), *Handbook of Urban Health: Populations, Methods, and Practice* (pp. 459-478). Nova Iorque: Springer.
- Smith, B. J., Tang, K. C. & Nutbeam, D. (2006). *WHO Health Promotion Glossary: new terms*. Sidnei e Genebra: School of Public Health and World Health Organization.
- Takano, T. (2003). *Healthy Cities & Urban Policy Research*. London: Spon Press.

Tsouros, A. (2000). *World health organization healthy cities project: a project becomes a movement, review of progress 1987 to 1990*. Milão: WHO Regional Office for Europe.

Valla, M. (2008). *A Fortificação Moderna nas duas Cidades Portuárias: Faro e Setúbal*. Faro: editores.

Whitehead, M. (1992). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe.

(Página propositadamente em branco)

Anexos

(Página propositadamente em branco)

Anexo I – Guião de entrevista realizada à coordenação técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Guião de entrevista à coordenação técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Tema de investigação: Planear Cidades Saudáveis no quadro das políticas urbanas – uma leitura a partir de Faro.

Objetivos gerais: Recolha de dados que permitam

1. Compreender melhor a realidade da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis;
2. Identificar áreas a intervir para a melhoria da qualidade de vida;
3. Nomear medidas de intervenção no contexto da Cidade Saudável;
4. Analisar a possibilidade de integração de um município na Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis.

Objetivos específicos e estratégicos: Tópicos para o guião da entrevista.

1. Gostaria de começar por lhe pedir que fizesse uma apreciação global da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (RPMS).
 - a. Existem atualmente projetos «Cidade Saudável» em execução? Em que cidades?
2. Da experiência como coordenadora técnica da rede, quais são os maiores desafios que os municípios enfrentam no desenvolvimento dos projetos «Cidade Saudável»? E em que domínios? (Saúde, educação, ação social, desporto, ambiente, cultura ou urbanismo)
3. Em que consiste o compromisso político necessário para aderir à RPMS? E qual a relação com a duração do projeto «Cidade Saudável»?
4. Os municípios têm autonomia para dirigir o projeto «Cidade Saudável» ou estão dependentes da orientação da RPMS?
 - a. Existe algum programa associado ao desenvolvimento do projeto?
5. Quais as medidas que a RPMS propõe na melhoria da qualidade de vida?
6. Quais as parcerias fundamentais para o sucesso dos projetos?

7. Quais os domínios em que mais se desenvolvem projetos? (Saúde, educação, ação social, desporto, ambiente, cultura ou urbanismo)
8. Quanto à avaliação, a rede elabora algum tipo de avaliação aos projetos desenvolvidos?
9. Na prática, os resultados dos projetos desenvolvidos têm sido visíveis?
 - a. Existem diferenças consideráveis nos municípios, após a implementação dos projetos?
 - b. Qual o perfil de projeto que obtém os melhores resultados?
10. Existe algum mecanismo que procure estabelecer uma ligação entre a saúde e o local de trabalho, como por exemplo, «Saúde no trabalho»?
11. Quais os principais problemas com que se debate uma rede deste tipo?
12. Quais os benefícios para a RPMS na adesão de novos municípios?
13. Existe por parte da RPMS, algum procedimento de incentivo aos municípios para o desenvolvimento do projeto «Cidade Saudável»?

(Página propositadamente em branco)

Anexo II – Transcrição de entrevista realizada à coordenação técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Transcrição da entrevista à coordenação técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Tema de investigação: Planear Cidades Saudáveis no quadro das políticas urbanas – uma leitura a partir de Faro.

Entrevistador: Ricardo Soares, aluno do mestrado em Gestão de Território e Urbanismo

Entrevistada: Dr.^a Mirieme Ferreira, socióloga, mestre em Saúde Pública e coordenadora técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Data: 26 de Junho de 2014

Ricardo Soares: Gostaria de começar por lhe pedir que fizesse uma apreciação global da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS). Existem atualmente projetos «Cidade Saudável» em execução? Em que cidades?

Dr.^a Mirieme Ferreira: A Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis é uma rede que tem 16 anos de existência, portanto, ela iniciou-se com um grupo promotor de cidades/municípios com nove municípios, alguns deles depois ficaram na rede, fizeram parte do grupo que criou formalmente a associação de municípios através de escritura pública publicada em diário da república, dois ou três deste grupo promotor acabaram por não integrar a rede.

Nestes anos de existência da rede, ela tem vindo progressivamente a alargar-se, neste momento conta vinte e oito municípios associados de norte a sul do país, incluindo as Ilhas dos Açores e da Madeira. Portanto, é uma rede que de facto está dispersa pelo território, em termos geográficos, abarca cerca de, quase 25% da população portuguesa (...). Para esta percentagem contribuem muito os municípios da áreas metropolitana de Lisboa, são os que têm a maior número de população. Portanto, em termos de número de municípios, considerando Portugal, são salvo erro 308 municípios, de facto não são muitos, vinte e oito não são muitos, mas os que estão têm muita população, por isso já temos 24% da população portuguesa a viver em cidades saudáveis.

Este percurso da rede tem sido um percurso muito positivo, trabalhar na promoção da saúde não é fácil, nós temos que perceber que a rede portuguesa tem dezasseis anos de existência, a Rede Europeia das Cidades Saudáveis tem vinte e seis ou vinte e sete anos de existência e se pensarmos à vinte e seis anos atrás trabalhar em rede foi de facto uma aposta muito inovadora. Hoje em dia nós falamos muito do trabalho em rede, vemos nos municípios as redes sociais, vemos muitas plataformas de trabalho em rede mas de facto à vinte e cinco, vinte e seis anos atrás não se falava do trabalho em rede como se fala hoje em dia. E as cidades saudáveis de facto tiveram aqui um papel muito importante, um papel inovador, abriram caminho nesta metodologia de trabalho.

Trabalhar na promoção da saúde sobretudo numa área para a qual não existe um investimento, a única coisa que existe é a vontade dos municípios de trabalhar em conjunto com as outras estruturas da comunidade, para desenvolverem projetos da promoção da saúde no território para elevarem de facto os níveis de saúde e de qualidade de vida das populações. Temos que perceber que parece que dezasseis anos é muito tempo, mas não é de facto muito tempo, e sabemos muito bem que quando nós temos medidas de intervenção em saúde e trabalhar na promoção da saúde, é trabalhar na mudança de comportamentos. Os ganhos na saúde é algo que para se medirem têm que ter um longo período de intervenção.

Portanto, estes anos de existência da rede, o balanço é de facto muito positivo, temos percebido que esta metodologia das cidades saudáveis, cada vez mais interessa aos municípios. Todos os anos tem vindo a aderir municípios à rede, também já houve municípios que desistiram, que pediram para sair da rede, sobretudo nos períodos eleitorais quando coincide com a mudança de mandato autárquico. Quando as câmaras mudam politicamente, normalmente, a rede ressent-se disso porque o projeto das cidades saudáveis e o participar na rede portuguesa, é sobretudo um compromisso político do município. E quando há mudança de liderança política estes compromissos são sempre reequacionados, quando se muda a força política que gere uma câmara normalmente quem vem a seguir ou tem outras prioridades ou quer quebrar com a liderança anterior, quer fazer um novo caminho, não conhece o projeto e muitas vezes a rede ressent-se disso. Não tem havido grandes mudanças mas as pontuais que houve, de facto, houve um ou outro município que acabou por sair. De resto, há municípios que estão na rede desde o seu início, que estão fidelizados a esta rede, participam

ativamente, têm o projeto a desenvolver no seu município e de facto é um balanço muito muito positivo.

Gostaria que eu lhe dissesse quais são os 28 municípios decore (...)?

Ricardo Soares: Era mais para perceber. Porque os municípios aderem à rede, e não sei se depois os projetos ficam em *stand-by*, se existem câmaras que estão mais ativas ou se depois o projeto é um pouco esquecido era um pouco isso que queria perceber.

Dr.^a Mirieme Ferreira: Há sempre câmara mais ativas que outras, isso é verdade, (...). As câmaras mais ativas são aquelas que estão na Rede Europeia de Cidades Saudáveis também, que é o Seixal, Montijo, Viana do Castelo (...) estas três. Estes três municípios estão na Rede Europeia de Cidades Saudáveis e são municípios que têm liderado alguma forma a própria rede (portuguesa), mas para além deste há outros municípios muito ativos na rede (portuguesa), não são só estes.

Ricardo Soares: Existe a possibilidade de estar integrado na rede portuguesa e na rede europeia?

Dr.^a Mirieme Ferreira: A rede europeia é sob candidatura, (...) para que perceba, a rede europeia funciona por cotas, (...) é uma cidade para dez milhões de habitantes, Portugal só teria logicamente cota para um município. Mas negociámos com a OMS e temos três municípios na rede europeia e a OMS distribui cotas pela região europeia, de acordo com este critério uma cidade para dez milhões, mas depois há obviamente, exceções, Portugal tem três. A rede europeia funciona em fases de cinco anos, no final de cada fase a OMS faz uma avaliação da fase, (...) uma avaliação global da participação daquele município na rede europeia, baseada nas avaliações anuais que são feitas, há uma final da fase e há as anuais. E o município candidata-se a permanecer na rede europeia, ou candidata-se pela primeira vez à rede europeia. E as candidaturas são distintas, quando um município já é membro da rede europeia tem um determinado modelo de candidatura, que é diferente de um município que queira aderir agora. E há requisitos aos quais têm que ser dados resposta, uma candidatura que depois é avaliada pela Organização Mundial de Saúde, pelo seu *staff* técnico, e depois o município ou fica ou não fica na rede europeia.

E portanto, nem todos os portugueses estão na rede europeia, mas para estar na rede europeia um dos critérios é fazer parte da rede nacional. Isto porque a OMS acredita

(...) que é muito importante o desenvolvimento nacional do projeto e a existência de redes nacionais. Por isso na Europa, existem redes nacionais que abrangem mais de mil cidades europeias, nem todas estão na rede europeia, porque depois na rede europeia estão cerca de cem cidades na Europa, mas as redes nacionais que existem em cada país têm de facto muitas cidades associadas.

Ricardo Soares: Eu tinha uma dúvida, (...) no site da OMS, (...) existe (...) um determinado número de cidades que devem ser as que estão na rede europeia, e depois tem outros (projetos) que abrangem muitas mais cidades.

Dr.^a Mirieme Ferreira: São as redes nacionais, Portugal tem uma rede nacional com vinte e oito cidades, mas na rede europeia só estão três, dessas vinte e oito só estão três. Em termos europeus, o projeto está a iniciar uma fase de cinco anos, a quinta fase fechou o ano passado e a OMS está a avaliar a quinta fase neste momento e a abrir candidaturas para a sexta fase que vai de 2014 a 2018. O município do Seixal, por exemplo, já manifestou interesse em permanecer na sexta fase, já respondeu aos inquéritos de avaliação da quinta fase, aos inquéritos de candidatura, portanto já respondeu a tudo e a OMS neste momento está a avaliar a candidatura do Seixal, por exemplo.

Ricardo Soares: Da experiência como coordenadora técnica da rede, quais são os maiores desafios que os municípios enfrentam no desenvolvimento dos projetos «Cidade Saudável»? E em que domínios? (Saúde, educação, ação social, desporto, ambiente, cultura ou urbanismo)

Dr.^a Mirieme Ferreira: O Projeto das Cidades Saudáveis como sabe ele focaliza-se nos determinantes da saúde, que são sociais, ambientais, educacionais, económicos, de planeamento, portanto há vários determinantes que influenciam a saúde das populações, e o Projeto das Cidades Saudáveis trabalha em todos eles de uma forma transversal. Mas eu diria que hoje em dia considerando o atual contexto socioeconómico de facto os determinantes sociais têm um grande peso na saúde das populações. Nós sabemos que, as populações socialmente excluídas, sabemos (...) que as pessoas pobres e em termos sociais mais desprotegidas são as pessoas que apresentam piores indicadores de saúde. E sabemos que de facto, vivemos em momentos de perda de direitos no acesso à saúde, no acesso à educação, temos em termos sociais populações muito muito carenciadas, de

maneira que, o que me preocupa sobretudo neste momento das cidades saudáveis é o impacto social da crise na saúde das pessoas. E no fundo a própria OMS nos diz que o grande tema de trabalho das cidades saudáveis, já o foi na quinta fase e continua a ser na sexta fase, é a questão das desigualdades em saúde e da equidade. E de facto, essa é uma área muito muito importante de intervenção ao nível do projeto as cidades saudáveis.

Mas depois também é muito importante o acesso à educação, é muito importante ao nível dos estilos de vida as pessoas terem oportunidades para praticar atividade física e desenvolverem estilos de vida saudáveis. Portanto, todas as áreas são importantes mas eu diria que com grande enfoque nas questões do social.

Ricardo Soares: Os projetos, pelo que eu tenho estado a pesquisar, nos municípios, estão a ser desenvolvidos em departamentos diferentes, ou só no departamento da área social?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Não, (...) a maioria normalmente situa-se na área social e na área da saúde, são sobretudo estas duas áreas. Há municípios que têm o social e a saúde numa mesma área de trabalho, há municípios que têm o social e a saúde em duas áreas distintas de trabalho, mas normalmente o projeto centra-se nestas duas áreas. E depois há exceções, mas são mesmo exceções, normalmente são a área social e a área da saúde que acabam por desenvolver este projeto no município.

Ricardo Soares: Então quer dizer que qualquer área pode desenvolver?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Qualquer área pode desenvolver.

Ricardo Soares: Pode desenvolver, tem é que haver o interesse...

Dr.^a Mirieme Ferreira: Tem é que haver uma abordagem transversal aos determinantes da saúde, quem trabalhar num projeto destes tem que perceber que, por exemplo, as questões do ambiente são muito importantes na saúde das pessoas, por exemplo a área do ambiente poderia agarrar um projeto das cidades saudáveis. Só que (...) o enfoque do Projeto das Cidades Saudáveis é a saúde, na perspetiva da promoção da saúde, que determinantes existem no território que têm influência na saúde das pessoas. E é nessa lógica que se tem que trabalhar, temos que promover um ambiente urbano saudável para que a saúde das pessoas melhore e os impactos sejam positivos, temos que ter um planeamento urbano saudável para ter boas acessibilidades, espaços

verdes, urbanizações acessíveis para pessoas com deficiência (...) uma série de fatores para que as pessoas possam ter uma melhor saúde e uma melhor qualidade de vida. As crianças e os jovens têm que ter acesso à educação, é a condição fundamental, é das ferramentas básicas para depois conseguir gerir a sua vida e ter os conhecimentos necessários, estar na linha das questões da equidade, do acesso aos serviços básicos para poder também ter uma melhor saúde e uma melhor qualidade de vida. São todos importantes (os determinantes) e a abordagem é efetivamente transversal.

Ricardo Soares: Em que consiste o compromisso político necessário para aderir à RPMS? E qual a relação com a duração do projeto «Cidade Saudável»?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Para aderir à rede o município tem que assinar uma declaração de compromisso, a declaração é assinada pelo presidente de câmara, ao assinar a declaração, o presidente de câmara assume que a saúde é uma prioridade do município, compromete-se a trabalhar na promoção da saúde, em parceria com os municípios que fazem parte da rede, compromete-se a desenvolver um perfil de saúde e um plano de saúde nos três anos subsequentes à adesão à rede. São instrumentos fundamentais, um é de diagnóstico, que é o perfil, que é o retrato da saúde do município, o plano de saúde são as medidas, as políticas, os programas a desenvolver para melhorar a saúde das pessoas. Portanto, um é um documento diagnóstico, outro é um documento estratégico, de política estratégica.

E o projeto Cidade Saudável não tem uma duração, o projeto é de contínuo desenvolvimento e o compromisso com a rede (...) tem um grande momento de avaliação que é sobretudo, o final de um ciclo autárquico. Portanto, (...) as administrações das câmaras municipais são eleitas por quatro anos, aquele município, imaginemos, que no mandato autárquico anterior aderiu à rede, neste mandato autárquico não houve alterações políticas, o município não questionou a sua adesão à rede, continua como membro da rede. Imaginemos que (...) houve um novo presidente de câmara que tomou posse de uma cor política diferente e questiona a sua pertinência em fazer parte da rede, pode decidir se quer continuar ou não, qualquer município a qualquer altura pode dizer «eu quero sair da rede». Mas não tem sido essa a nossa experiência, pontualmente sim, quando há alterações políticas isso acontece, mas por norma não tem sido essa a nossa experiência.

1. Os municípios têm autonomia para dirigir o projeto «Cidade Saudável» ou estão dependentes da orientação da RPMS?

- a. Existe algum programa associado ao desenvolvimento do projeto?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Sim, quer dizer, têm autonomia, mas não se pode dizer que só se desenvolvem com as orientações da rede, não, a rede no fundo é um fórum de partilha e de discussão e de um caminho comum e coletivo para a promoção da saúde. A rede o que faz é dar orientações, dá balizas de trabalho, dá temáticas, define objetivos, tem um plano de atividades, produz documentos estratégicos e discute políticas, estratégias em conjunto. Mas os municípios têm autonomia para desenvolver o seu projeto, mas depois o que acontece na prática é que há muita partilha entre eles, há muita partilha e há uma concertação em sede da rede a caminho da filosofia de trabalho. Porque o próprio Projeto Cidades Saudáveis, ele já tem uma metodologia de trabalho e de intervenção, e o que os municípios fazem é seguir essa metodologia que é comum a todos.

Ricardo Soares: Existe algum programa associado?

Dr.^a Mirieme Ferreira: O programa associado é o programa europeu, é a Rede Europeia de Cidades saudáveis, este é um projeto da Organização Mundial de Saúde, tem vinte e seis ou vinte e sete anos de existência, portanto, é o projeto que está associado à rede portuguesa é de facto este projeto europeu e esta parceria que a rede tem com a Organização Mundial de Saúde.

2. Quais as medidas que a RPMS propõe na melhoria da qualidade de vida?

Dr.^a Mirieme Ferreira: O que nós recomendamos sempre e propomos é trabalhar na promoção da saúde tendo em conta os tais determinantes e desenvolver projetos que intervenham nos determinantes da saúde por forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas. Por exemplo, ter projetos que promovam a mobilidade do município, quer a mobilidade ciclada, quer uma rede de transportes adequada, projetos que tenham a ver com as questões da qualidade do meio ambiente, projetos na área ambiental, projetos que tenham como objetivo reduzir as desigualdades no acesso às condições sociais, projetos que promovam estilos de vida saudáveis, promovam por exemplo, um estilo de vida ativa nos idosos, projetos dirigidos para a população com deficiência numa

perspetiva da sua integração, projetos para as minorias étnicas com vista à sua integração no território promovendo o diálogo intercultural e a partilha da cultura, projetos de promoção de uma igualdade de género entre homens e mulheres.

Há muitos projetos (...) não sei se teve oportunidade de consultar uma publicação que nós temos no site da rede portuguesa que é «As Boas Práticas Em Rede», projetos de promoção da saúde (...) lá encontra muitos projetos que os municípios da rede desenvolvem com vista à melhoria da qualidade de vida (...) projetos que estão a ser implementados, a publicação tem uns aninhos mas aqueles projetos estão ativos.

3. Quais as parcerias fundamentais para o sucesso dos projetos?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Aqui temos três níveis de intervenção, a rede portuguesa enquanto rede, tem parcerias estratégicas com a Escola Nacional de Saúde Pública, com a Direção Geral da Saúde, o trabalho que faz com as faculdades, com o próprio Ministério da Saúde. Mas depois, dentro do território de cada município, o Projeto das Cidades saudáveis é um projeto que se desenvolve em parceria com as instituições locais. Portanto, dentro de cada município, os municípios têm parceiros estratégicos para o desenvolvimento deste projeto, os centros de saúde, as escolas, as IPSS's, as instituições da área do ambiente, empresários também, trabalhar as questões da economia, os determinantes económicos da saúde. Portanto o leque de parcerias é muito diversificado e todos os municípios têm parceiros no seu território, trabalham este projeto em parceria com as instituições no território e elas são muito diversificadas. Porque como trabalhamos nos determinantes da saúde, temos que ter parceiros de todas as áreas de trabalho, portanto aqui o leque é muito abrangente.

4. Quais os domínios em que mais se desenvolvem projetos? (Saúde, educação, ação social, desporto, ambiente, cultura ou urbanismo)

Dr.^a Mirieme Ferreira: Desenvolvem em todos, já foi respondida.

5. Quanto à avaliação, a rede elabora algum tipo de avaliação aos projetos desenvolvidos?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Nós vamos fazendo uma avaliação continuada, nós temos todos os anos um plano de atividades e temos que fazer o relatório de atividades, no fundo dizer como é que correu o nosso ano de trabalho, o que é que fizemos. Para além

disso, nós avaliámos a intervenção dos municípios na rede também de uma forma qualitativa e continuada ao longo do tempo, de que forma é que eles participam nas atividades da rede, que projetos é que desenvolvem. Isso tudo também está espelhado no espaço da rede, nós temos uma área de trabalho com os projetos que os municípios têm na promoção da saúde e de facto, esta avaliação, é uma avaliação muito mais qualitativa do que propriamente quantitativa. Mas nós não temos nenhuma avaliação externa à rede, isso por acaso era uma ideia muito interessante, ter alguém que de fora pudesse avaliar a rede. Não temos nenhuma nem universidade, nem colaboradores externos que façam uma avaliação da rede, isso é uma questão interessante, não temos. Mas, temos uma avaliação da rede feita pela Organização Mundial de Saúde, que assim como existe a Rede Europeia de Cidades Saudáveis e os municípios fazem parte desta rede por candidatura (...) em termos europeus existem, digamos, dois órgãos, a rede europeia e uma rede que congrega as redes das redes nacionais de cidades saudáveis da europa. A rede europeia fazem parte dela municípios de cidades individuais, Município do Seixal, Município do Montijo, Município de Viana (do Castelo) em termos de Portugal. A rede das redes nacionais de cidades saudáveis é composta pelas redes nacionais, quem faz parte desta rede são as redes nacionais, o órgão rede, ou seja, a rede portuguesa faz parte desta rede das Redes Nacionais de Cidades Saudáveis. E também o faz em forma de candidatura, em 2001 candidatou-se e foi avaliada pela OMS e ficou a fazer parte desta rede. E sempre que há uma fase de cinco anos, a rede portuguesa tem pedido a sua renovação em quanto membro desta rede e é também avaliada, todos os anos é avaliada tal como as cidades são, e ao fim de cinco anos há uma avaliação global. Por tanto, nós temos também esta avaliação da OMS, onde damos conta do trabalho que fazemos, que projetos temos, como é que intervimos nas áreas de trabalho das cidades saudáveis, qual é o nosso plano de ação, que resultados temos obtido, portanto, é muito abrangente.

6. Na prática, os resultados dos projetos desenvolvidos têm sido visíveis?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Sim, têm sido visíveis. E nós apercebamos que ao longo dos anos, embora, muitas vezes seja difícil medir o antes e o depois porque nós sabemos que estamos muito vocacionados para a prática, para o desenvolvimento dos projetos e (...) nas faculdades nós aprendemos as metodologias de avaliação e de implementação dos projetos e sabemos que temos de avaliar sempre o ponto de partida, e depois fazer uma

intervenção e avaliar o ponto de chegada. Nas autarquias, depois no terreno estas coisas não são fáceis de conseguir porque são metodologias de trabalho que requerem muitos recursos humanos, requerem também muito tempo para serem feitas, às vezes conhecimentos até do ponto de vista científico que nem sempre as pessoas dominam. E não é muito fácil de facto ter esta avaliação científica do ponto de vista mais rigoroso, mas nós sabemos que de facto o projeto das cidades saudáveis tem dado bons resultados. Há municípios que têm avaliações mais sistematizadas que outras, mais rigorosas que outras, por exemplo, o Município do Seixal aplicou à dois anos um inquérito municipal de saúde à população do concelho, um inquérito representativo, e de facto conseguiu perceber de que forma é que a intervenção das cidades saudáveis tem melhorado a saúde das pessoas. E todos nós (equipa) achamos que o balanço é positivo, que temos obtido bons resultados porque vemos que de facto as pessoas, por exemplo, aqui na marginal do Seixal cada vez mais vemos pessoas a andar pé, de bicicleta, portanto, percebemos que as pessoas estão mais preocupadas com os seus estilos de vida, com a sua alimentação e achamos que de factos que as coisas têm dado resultado e que o balanço é muito positivo.

- a. Existem diferenças consideráveis nos municípios, após a implementação dos projetos?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Se me pergunta eu tenho isto está medido, eu tenho dados que evidenciem isto? Não, não tenho, não isto medido (...) isto teria que ser feito em cada um e, de facto, isto não está sistematizado desta forma. Mas acreditamos que as cidades saudáveis são uma metodologia de intervenção e de trabalho muito precisa, com balizas muito próprias, com critérios muito diferenciados e acreditamos que trabalhar daquela maneira (...) (o que é que muda, um município que tem cidade saudável e que não tem) o município que tem o projeto das cidades saudáveis, de facto, tem uma forma de trabalhar diferente e visão mais abrangente, mais holística da saúde e estruturada duma maneira diferente porque tem instrumentos de avaliação e de planeamento muito importantes, e se calhar noutros municípios (que não têm o projeto) as pessoas não trabalham desta forma estruturada e com esta metodologia, e acreditamos que de facto quando se começa a implementar o projeto das cidades saudáveis é uma nova forma de intervir na saúde (...) (nova forma) de pensar, de planear e isso é que é importante.

b. Qual o perfil de projeto que obtém os melhores resultados?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Eu acho que hoje em dia, o trabalhar os determinantes sociais são, de facto, aqueles que fazem uma grande diferença porque as pessoas têm vidas tão difíceis. E trabalhar, de facto, junto das pessoas que sofrem das questões das desigualdades e que estão de alguma forma, socialmente excluídas, dos sem abrigo, dos grupos vulneráveis da população como sejam os idosos, as crianças, as mulheres. Acreditamos que de facto (...) hoje em dia a grande diferença é trabalhar nos determinantes sociais da saúde. Procurando inverter aqui esta espiral negativa e de dificuldades que as pessoas têm no seu dia a dia.

Ricardo Soares: Se calhar não trabalhando tanto na transformação do território, como o urbanismo e trabalhar mais nas questões sociais.

Dr.^a Mirieme Ferreira: Também é muito importante o urbanismo mas de facto, as dificuldades mais gritantes hoje em dia são as questões sociais. Sim, porque (...) o fosso entre as pessoas que vivem bem e os pobres é muito grande, porque hoje em dia quase que nem existe classe média. Hoje em dia ou as pessoas têm muito dinheiro ou cada vez estão mais pobres e as pessoas pobres têm pior saúde, têm dificuldade no acesso à saúde, não conseguem comprar medicamentos, não pagam consultas.

Ricardo Soares: Esses projetos que têm esses fins sociais, têm melhores resultados ou têm tão bons resultados como um que esteja associado a pessoas que já tenham uma melhor qualidade de vida?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Os projetos ligados às questões sociais têm melhores resultados, porque (...) tudo o que fizermos junto das pessoas que são mais pobres, mais carenciadas, consegue-se logo ver resultados na melhoria das suas condições de vida, do que propriamente naquelas que já têm um conforto de vida diferente. E o Projeto das Cidades Saudáveis, hoje em dia, está muito ligado também ao desenvolvimento das redes sociais que existem em cada município, são fundamentais a articulação entre estes dois projetos, as cidades saudáveis e a rede social.

7. Existe algum mecanismo que procure estabelecer uma ligação entre a saúde e o local de trabalho, como por exemplo, «Saúde no trabalho»?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Na verdade, as questões do «Saúde no trabalho» são questões importantes também em termos da promoção da saúde. O que acontece normalmente nos municípios é que todos eles têm a área de medicina no trabalho, portanto por exemplo, o município do Seixal tem um gabinete de saúde ocupacional, que é a saúde para o trabalhadores da câmara, médicos, enfermeiros fazem a vigilância da saúde e têm projetos específicos para a saúde dos trabalhadores. Por outro lado, isto também nos pode levar a refletir sobre a importância que o ambiente de trabalho tem para a saúde das pessoas, para quem nele trabalha. Aí são questões mais internas de funcionamento do município, não propriamente tão elencadas naquela que é o Projeto das Cidades saudáveis, muito embora tenha a ver com as questões da saúde das pessoas, mas está muito ligado com as questões da saúde no trabalho e normalmente, cada município tem um sector próprio que se ocupa da saúde dos trabalhadores.

As autarquias, como o Seixal também tem, têm uma Comissão de Higiene e Saúde no trabalho, todas as autarquias têm, isto decorre da lei. E é uma comissão que faz vistorias aos locais de trabalho, vê as questões (...) do ambiente de trabalho, da qualidade do ar, as questões ergonómicas, portanto, isso de alguma forma é trabalhado e decorre até da própria legislação. E depois há a parte da saúde física mesmo, que é um gabinete com atendimento aos trabalhadores, atendimento médico e de enfermagem aos trabalhadores, fazendo a vigilância da saúde. O Seixal por exemplo, estas instalações também foram feitas a pensar na saúde e na qualidade do trabalho. Porque (...) há quatro anos, a câmara não tinha este edifício, estava bastante espalhada por vários locais ao longo do município e alguns serviços em situações de trabalho muito precárias. E também ao criar este edifício foi um investimento que se fez na saúde dos trabalhadores, e os municípios da rede todos eles têm exemplos assim, uns com uma realidade outros com outra, mas esta questão da saúde no trabalho são questões muito específicas que decorrem também da aplicação da lei.

8. Quais os principais problemas com que se debate uma rede deste tipo?

Dr.^a Mirieme Ferreira: Temos uma dificuldade que é as questões da ausência de financiamento, ou seja, esta rede é sustentada com a cotização dos municípios que fazem parte dela e é uma cotização muito baixa porque obviamente que os municípios hoje em dia enfrentam dificuldades financeiras muitos grandes, e nós nunca poderíamos ter cotas muito elevadas porque se não também não poderíamos ter municípios, seria

muito difícil. E de facto, porque é um projeto que não financiado nem pelo Ministério da Saúde, nem por qualquer ministério, uma vez que ele trabalha os determinantes da saúde de uma forma holística podia ter, enfim, uma financiamento de qualquer ministério mas não tem. E também não tem financiamento da Organização Mundial de Saúde.

Estas questões do financiamento para o desenvolvimento do trabalho é uma dificuldade que nós de alguma forma ultrapassamos, por outro lado, em termos do funcionamento da rede a dificuldade tem a ver também com a dispersão dos municípios pelo território. Nós sabemos que os municípios do sul e aqueles mais a norte e os das ilhas têm muita dificuldade em participar nas reuniões que fazemos, mais do grupo técnico mensais ou bimensais, do concelho de administração bimensais e da assembleia intermunicipal duas vezes por anos. Sabemos que os municípios que estão mais distantes desta área metropolitana de Lisboa têm mais dificuldade em participar e isso coloca alguns constrangimentos, estamos a discutir formas de ultrapassar procurando funcionar por núcleos, no norte, um no centro, um no sul, estamos a tentar ver uma forma de encontrar para funcionarmos melhor, para incentivar a participação de todos, isso é também uma grande dificuldade.

Por outro lado, estando esta rede muito dependente do compromisso político, quando há alterações políticas a rede passa por um período às vezes um pouco mais difícil, em termos da adesão do municípios daqueles que pretendem sair e as instabilidades políticas acabam por se refletir no trabalho da rede. E estes são de alguma forma os principais problemas, e hoje em dia as dificuldades são tão grandes que muitas vezes nós conseguirmos financiamento para implementar os nosso projetos acaba por ser difícil porque, de facto, hoje em dia há muito por onde intervir, os recursos financeiros da autarquias são preciosos, tem de ser muito bem aplicados e há tanto para fazer e há tantas prioridades para aplicar o dinheiro que muitas vezes esta questão também nos coloca algumas dificuldades.

9. Quais os benefícios para a RPMS na adesão de novos municípios?

Dr.^a Mirieme Ferreira: É uma questão de crescimento e de massa crítica. O virem novos municípios permite alargar a dispersão, permite aprender cada vez uns com os outros e permite alargar a implementação do projeto das cidades saudáveis em território nacional, permite criar aqui uma plataforma de trabalho conjunto mais abrangente.

10. Existe por parte da RPMS, algum procedimento de incentivo aos municípios para o desenvolvimento do projeto «Cidade Saudável»?

Dr.^a Mirieme Ferreira: A rede neste momento também está com novos órgão, com novo presidente, e neste momento o nosso plano de ação deste ano tem prioridades diferentes mas atrativas para os municípios, na perspetiva em que nos estamos a organizar no sentido de fazermos algo de uma forma organizada, reivindicando, de facto, o direito do acesso à saúde. Nós sabemos que hoje em dia, tem sido feitas muitas alterações ao nível das reformas hospitalares, a reformulação dos cuidados de saúde primários, ou seja, nos últimos anos muitas alterações na área saúde têm sido feitas, taxas moderadoras, «n coisas», que de facto têm criado dificuldades no acesso das pessoas aos cuidados de saúde. Os cortes nas saúde têm sido imensos porque desde que a troika entrou em Portugal, na saúde a palavra de ordem é cortar, é poupar, é cortar despesa, cortar despesa, cortar despesa. E a rede neste momento está muito focalizada, nós sabemos que o setor da saúde não é o único setor importante para a promoção da saúde, o social é fundamental, tal como outros, mas sabemos que hoje em dia é muito importante nós termos uma análise e uma visão crítica sobre o que é feito em termos nacionais por medidas do estado relativamente ao acesso à saúde, e de facto, temos aqui algumas medidas no nosso plano de ação com a discussão destas questões, com fórum nacionais, com roteiros nacionais para a saúde, no sentido de chamar à atenção para a importância de reivindicamos o melhor acesso aos cuidados de saúde para a população. E eu diria que os municípios ao aderirem a esta rede têm, de facto, este grande benefício de uma forma organizada terem uma plataforma de trabalho e de discussão conjunta, possa reivindicar melhores condições e uma parceria mais efetiva com o Ministério da Saúde em benefícios da saúde das populações, e quantos mais formos mais peso teremos nesta plataforma. É isto que a rede pode dar e é isto que a rede ganha com a adesão de novos municípios.

(Página propositadamente em branco)

Anexo III – Inquérito aos residentes do Município de Faro – 2014/2015



Inquérito aos residentes do Município de Faro – 2014/2015

Bem haja. É residente no Município de Faro? Encontro-me a desenvolver um estudo sobre as práticas da população em benefício da sua saúde e a relação da população com os espaços públicos promovidos pela Câmara Municipal de Faro. Para isso gostaria que me respondesse a este inquérito. O inquérito é anónimo e as respostas serão apenas utilizadas para este projeto de mestrado «Planear Cidades Saudáveis no quadro das políticas urbanas – uma leitura a partir de Faro».

Freguesia: _____

1. Caracterização do agregado familiar

	Inquirido	ElemA ¹	ElemB*	ElemC*	ElemD*	ElemE*
Sexo (M/F)						
Idade (anos)						
Grau de parentesco (1-7)						

1. Cônjuge, 2. Filho, 3. Pai/mãe, 4. Avô/avó, 5. Outro, 6. Nenhum ou 7. NS/NR

Grau de instrução (1-7)						
-------------------------	--	--	--	--	--	--

1. Não sabe ler/escrever, 2. Até 1º ciclo, 3. Até 2º ciclo, 4. Até 3º ciclo, 5. Até ensino secundário, 6. Até ensino superior ou 7. NS/NR

Situação Profissional (1-6)						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

1. Patrão, 2. Trab. conta própria, 3. Trab. conta outrem, 4. Trab. familiar não remunerado, 5. Outro ou 6. NS/NR

Situação Socioprofissional (1-9)						
----------------------------------	--	--	--	--	--	--

1. Ativo, 2. Desempregado > 1 ano, 3. Desempregado < 1 ano, 4. Estudante 6-18 anos, 5. Até 6 anos - infantiário, creche, ama, avós, 6. Doméstica, 7. Reformado/pensionista, 8. Outro ou 9. NS/NR

	Profissão Principal
Inquirido	
Elemento do agregado familiar A	
Elemento do agregado familiar B	
Elemento do agregado familiar C	
Elemento do agregado familiar D	
Elemento do agregado familiar E	

2. Mobilidade laboral-escolar do agregado familiar

	Inquirido	ElemA	ElemB	ElemC	ElemD	ElemE
Local de trabalho/estudo (1-4)						

1. Bairro, 2. Freguesia, 3. Concelho ou 4. NS/NR

Modo de deslocação (1a-7d)						
----------------------------	--	--	--	--	--	--

1. A pé, 2. Automóvel, 3. Motociclo, 4. Autocarro, 5. Comboio, 6. Barco ou 7. NS/NR

a. Sozinho, b. Com familiar (exceto filhos/pais), c. Com filhos/pais ou d. Outros

Tempo de deslocação	Hora inicial da manhã						
	Tempo de deslocação (min)						
	Hora final da tarde						
	Tempo de deslocação (min)						

¹ Elemento do agregado familiar A, B, C, D e E

- 2.1. A quem utiliza automóvel nas deslocações diárias, qual o principal motivo de algum membro ou todo agregado familiar não utilizar de transportes públicos para as deslocações para o trabalho?

- ☐ Não haver informação sobre os transportes
☐ Não há transportes perto da residência
☐ Necessidade de realizar várias deslocações
☐ Serem demasiados lentos
☐ Os horários são desajustados face às necessidades

3. Área de estudo: Município de Faro

- 3.1. Frequenta algum espaço público do Município de Faro? Sim ☐ Não ☐

Nota: caso NÃO frequente nenhum espaço público ignore os pontos 3.2. e 3.3.

- 3.2. Dos espaços públicos (espaço verde/jardim ou praça, etc.) promovidos pela Câmara Municipal de Faro, classifique quais os seu 5 espaços preferidos numa escala de 1 a 5, sendo 1 o mais preferido.

Espaço público	Classificação
Jardim Alameda João de Deus	
Jardim Mata de Santo António do Alto	
Jardim Manuel Bivar	
Parque de Lazer das Figuras	
Complexo Desportivo da Penha	
Polidesportivo do Vale da Amoreira	
Polidesportivo da Horta do Peres	
Pista de Atletismo de Faro	
Piscinas Municipais de Faro	
Campo Municipal Horta da Areia	
Skate Parque de Faro	
Teatro Municipal de Faro	
Biblioteca Municipal de Faro	
Museu Municipal	
Museu Regional do Algarve	
Parque Ribeirinho de Faro	
Outro, qual?	

- 3.3. Qualifique o seu espaço preferido, de classificação 1 da tabela anterior, através dos seguintes itens:

	Péssimo	Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente
Qualidade do espaço público					
Equipamentos públicos					
Acessibilidade por transporte público ou a pé					
Acessibilidade por carro/estacionamento					
Segurança					
Iluminação					
Limpeza/Lixo					
Comércio e serviços					

- 3.4. Selecione no Município de Faro:

3.4.1. Três aspetos negativos

3.4.2. Três aspetos positivos

- 3.5. A intervenção do Município de Faro nos espaços verdes públicos tem contribuído para melhorar qualidade de vida da população e a imagem da cidade?

☐ Nada ☐ Pouco ☐ Muito

4. Saúde

- 4.1. Dispõe de meio de transporte aos serviços de saúde do Município de Faro?

Sim ☐ Não ☐

Nota: caso NÃO disponha de nenhum meio de transporte ignore o ponto 4.2.

- 4.2. Identifique como se desloca até aos seguintes espaços:

	A pé	Automóvel	Transporte público
Hospital			
Centros de saúde			
Farmácia			
Clínica privada			

- 4.3. Se utiliza o automóvel ou se desloca a pé para todas as unidade de saúde, explique o porquê da não utilização dos transportes públicos?

5. Lazer e exercício físico

	Inquirido	ElemA ²	ElemB*	ElemC*	ElemD*	ElemE*
Atividade de tempos livres						

1. Ver televisão, 2. Cafés e esplanadas próximo da residência, 3. Leitura de jornais, revistas ou livros, 4. Jardins e parques urbanos, 5. Conversar em família ou com amigos, 6. Centros comerciais, 7. Videojogos, 8. Navegar na internet, 9. Comunicar on-line, 10. Programas culturais e recreativos, 11. Não tem tempo livres e 12. Não sabe/não responde

	Inquirido	ElemA*	ElemB*	ElemC*	ElemD*	ElemE*
Pratica exercício físico? (sim/não)						

Nota: caso NENHUM dos elementos do agregado familiar pratique qualquer exercício físico avance para a última questão do inquérito.

Se sim, qual o exercício físico que pratica?						
Inquirido						
Elemento do agregado familiar A						
Elemento do agregado familiar B						
Elemento do agregado familiar C						
Elemento do agregado familiar D						
Elemento do agregado familiar E						
	Inquirido	ElemA*	ElemB*	ElemC*	ElemD*	ElemE*
Quantas vezes pratica por semana? (dias)						
Qual a duração da prática por dia? (horas e min)						
Despende alguma tarifa para a realização da prática? (sim/não)						
Qual o horário ideal para a realização de exercício físico, tendo em conta o seu dia-a-dia? (horas)						
Se todos ou algum dos elementos do agregado <u>NÃO</u> praticarem qualquer exercício físico, indique o principal motivo?						

Obrigado pela colaboração!

Inquérito nº: _____

² Elemento do agregado familiar A, B, C, D e E